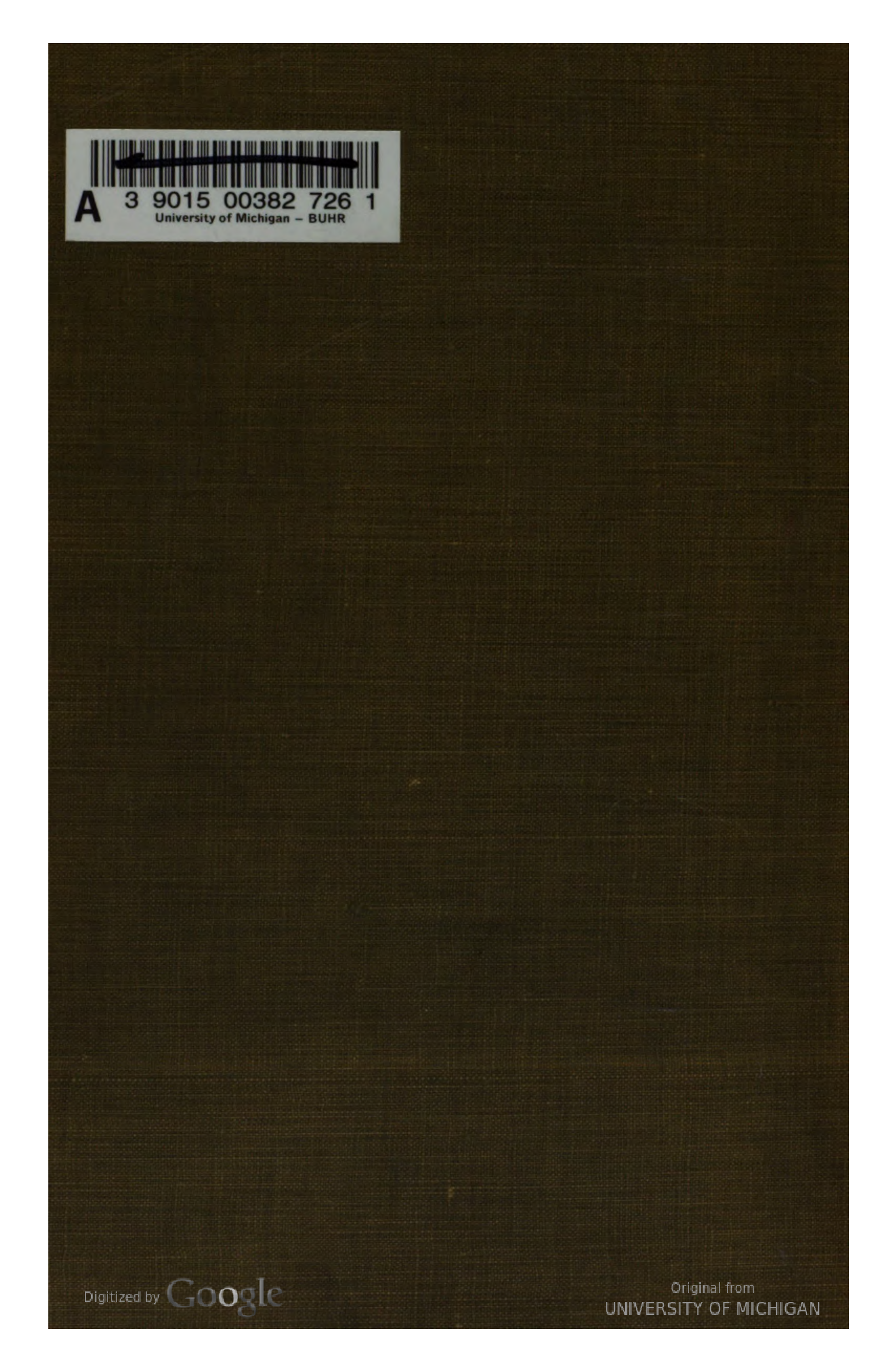
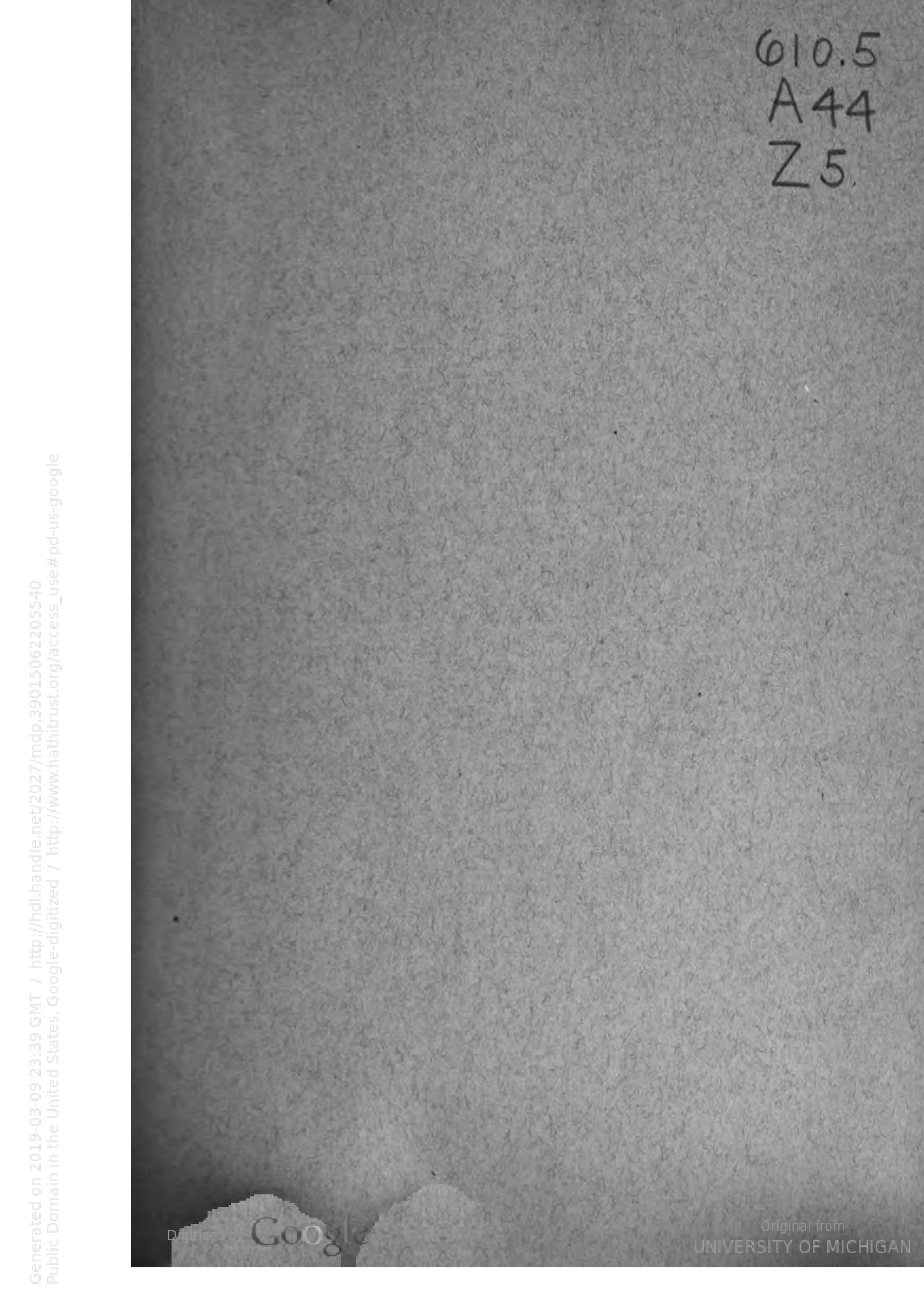
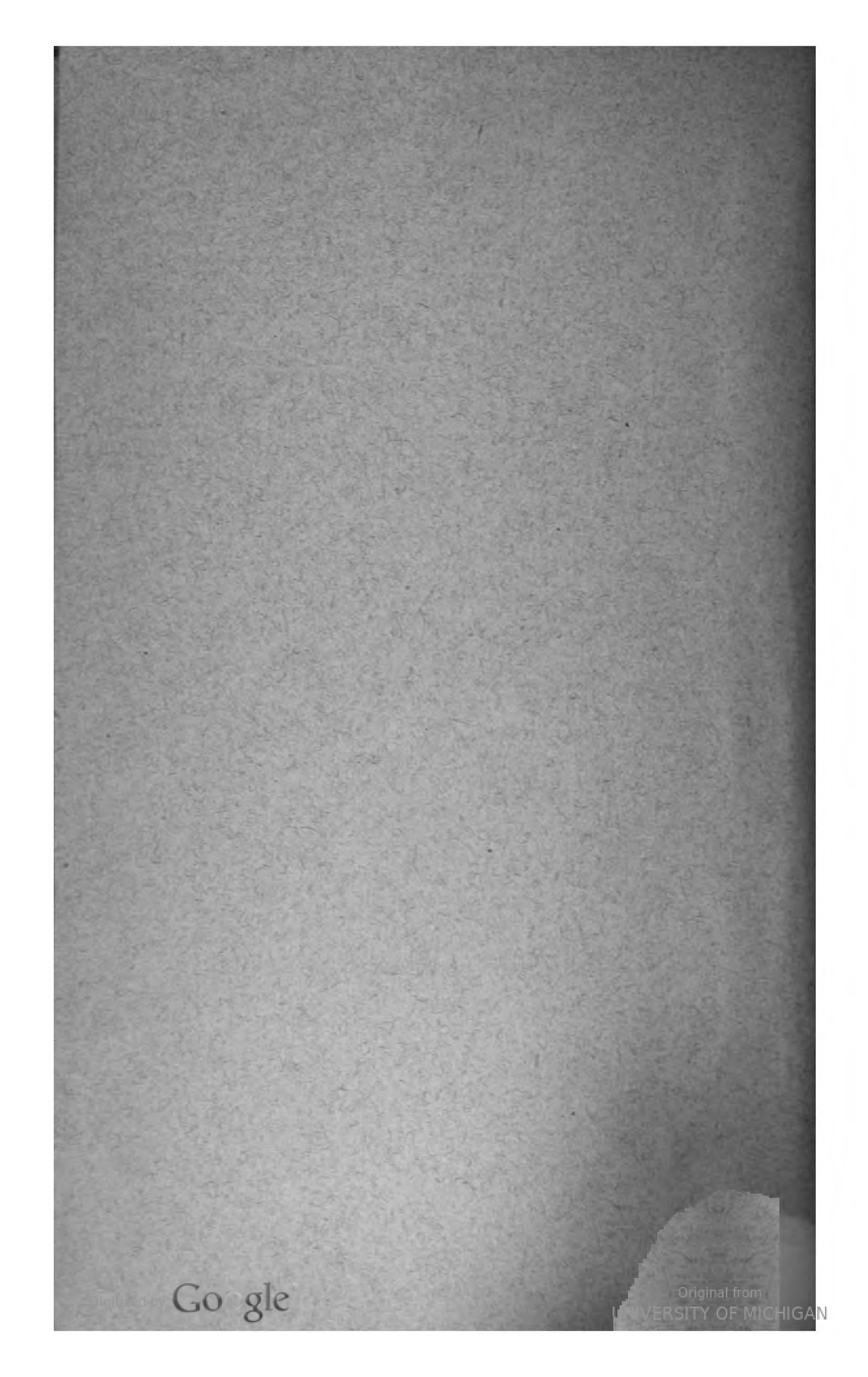






ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

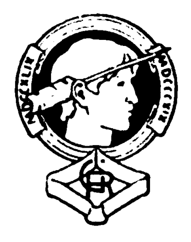
BONHOEFFER (BERLIN) — v. GRASHEY (MÜNCHEN) — KREUSER (WINNENTAL) — PELMAN (BONN) — SCHÜLE (ILLENAU)

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

SIEBZIGSTER BAND
NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1912

REDIGIERT VON
O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1913

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Zweites Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Drittes und viertes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Seite

Fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.



Die Involutionsparanoia.[1])

Von

Privatdozent Dr. **Kleist,**

Oberarzt an der psychiatrischen Klinik in Erlangen.

Inhaltübersicht.

So bekannt es seit langer Zeit ist, daß im Präsenium häufig chronische wahnbildende Erkrankungen vorkommen, so wenig Bestimmtes wissen wir über die genauere Symptomatologie dieser Geistesstörungen und über die klinische Stellung derselben. Sind sie sämtlich Erscheinungsformen einer und derselben Krankheitsart, oder kommen

[1]) Die Ergebnisse der Arbeit wurden auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 30. Mai 1912 vorgetragen; s. diese Zeitschr. Bd. 69, S. 705.

im Rückbildungsalter verschiedene Krankheitsarten vor, deren Zustandsbilder vielleicht mehr oder weniger lange Zeit in engerem oder weiterem Umfange übereinstimmen, um später doch unterscheidbaren Symptomenkomplexen zuzustreben, verschiedene Krankheitsarten, die sich vielleicht auch in den zeitlichen Umständen der Entstehung und des Verlaufs als wesensverschieden kundgeben?

Die Frage nach der Krankheitsart wurde von den älteren Bearbeitern unseres Gegenstandes gar nicht aufgeworfen.

Krafft-Ebing findet 1878 in seiner Arbeit über das „Irresein im Klimakterium"[1]) unter 48 funktionellen Psychosen nicht weniger als 42 Fälle „primärer Verrücktheit", von denen 40 ungeheilt blieben. Er hebt als besonders häufige Krankheitzeichen sexuelle Wahnvorstellungen, physikalischen Verfolgungswahn und Geruchshalluzinationen hervor. Als Ansatz zu einer klinischen Differenzierung verdient Beachtung, daß 6 seiner Fälle, die er als „halluzinatorische Verrücktheit" bezeichnet, nur in verfolgenden Stimmen von ganz stabilem Inhalt halluzinierten. Später — in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie — hat *Krafft-Ebing* den klimakterischen Eifersuchtswahn der Frauen als eine symptomatologisch besondere Form der paranoischen Psychosen im Rückbildungsalter dem alkoholischen Eifersuchtswahn der Männer gegenübergestellt. *Schüller*[2]) veröffentlichte 2 Fälle von klimakterieller Paranoia (Fall 1 und 2 seiner Arbeit), deren einer (Fall 2) ein Beispiel des klimakterischen Eifersuchtswahns im Sinne *Krafft-Ebings* ist.

Schüle[3]) hob ebenfalls die Häufigkeit des Eifersuchtswahns bei klimakterischen paranoischen Frauen hervor und bemerkt — auch ein Ansatz zu klinischer Unterscheidung —, daß diese Form des Wahnsinns gewöhnlich viel stationärer sei als andere und oft lange Zeit die Intelligenz wenig schädige.

Die Arbeit *Matuschs*[4]) bestätigt nur die Häufigkeit paranoischer Erkrankungen im Präsenium: unter 142 funktionellen klimakterischen Psychosen stehen 43 Fälle von „Paranoia" mit Abstand an erster Stelle; ihnen folgt die „Melancholie" mit 36, und die „Melancholie mit Ausgang in Paranoia" mit 28 Fällen.

Erst mit der Aufstellung des „präsenilen Beeinträchtigungswahns" durch *Kraepelin*[5]) beginnt eine von klinischen Gesichts-

[1]) *Krafft-Ebing*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 34, S. 407, 1878.

[2]) *Schüller*, Eifersuchtswahn bei Frauen. Jahrb. f. Psych. Bd. 20, 1901.

[3]) *Schüle*, Psych., 3. Aufl., 1886, S. 162.

[4]) *Matusch*, Einfluß des Klimakteriums auf Entstehung und Form der Geistesstörungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 46, 1890.

[5]) *Kraepelin*, Psych., 6. Aufl., 1899.



punkten geleitete Erforschung der chronischen wahnbildenden Psychosen der Rückbildung. In *Kraepelins* Lehre treten dem präsenilen Beeinträchtigungswahn diejenigen Fälle von Dementia praecox (paranoide Form) als wesensverschiedene Erkrankungen gegenüber, die erst in den Jahren der sexuellen Involution zum Ausbruch kommen: man könnte sie kurz als Spätformen paranoider Demenz bezeichnen [1]). Zu den Spätformen paranoider Demenz wären vorläufig auch die späterkrankenden Fälle von *Magnans* „Délire chronique à évolution systématique" zu rechnen. Als häufigstes Erkrankungsalter gibt *M.* ja die Zeit zwischen 35. und 45. Lebensjahr an [2]).

Auch meine Untersuchungen ergeben, daß wir in den den Involutionsjahren eigenen chronisch-wahnbildenden Erkrankungen zunächst zwei wesensverschiedene Gruppen vor uns haben. Die eine Gruppe entspricht in großen Umrissen *Kraepelins* Spätformen der Dementia paranoides, möglicherweise besteht diese Gruppe selbst wieder aus verschiedenartigen Erkrankungen [3]). Dies soll hier nicht weiter untersucht werden. Jedenfalls stellen die Fälle dieser großen Gruppe keine echten paranoischen, sondern „paranoide" Erkrankungen dar. Inhaltliche Verwirrtheit besteht entweder von Anfang an oder macht sich nach kürzerer oder längerer Frist geltend. Die Wahnbildung folgt zwar zunächst und hauptsächlich der Richtung des Verfolgungs- und Größenwahns, nimmt aber in ihrer speziellen Gestaltung widerspruchvolle, maßlose und barocke Formen an, die überdies nicht selten wechseln. Von einer durchgängigen, gedanklichen Verknüpfung, einem „System" der Wahnvorstellungen kann nicht gesprochen werden. In dieser Art von Wahnbildung offenbart sich der fortschreitende Zerfall des Bewußtseinsinhalts. Zwischen der Maßlosigkeit vieler Wahnvorstellungen und

[1]) Die von *Stransky* (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 18, 1905) als Dementia tardiva bezeichneten Psychosen gehören größtenteils nicht dem Präsenium an; nur ein Fall erkrankte jenseits des 40. Lebensjahres.

[2]) *Magnan* et *Sérieux*, Psychologie pathologique. II. Herausgegeben von A. Marie. 1911.

[3]) Ich vermute, daß ein Teil dieser Erkrankungen zu denjenigen Fällen gehört, die *Kraepelin* ganz neuerdings als Paraphrenien bezeichnet. Vgl. *Kraepelin,* Über paranoide Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 12, 1912.



der Intensität der dieselben begleitenden Affekte besteht kein richtiges Verhältnis. Manchen Wahnvorstellungen fehlt überhaupt jede Beziehung zum Gefühlsleben — es sind ungereimte Vorstellungsverknüpfungen, „Fehlgedanken". Man ersieht daraus, daß die Wahnbildung überhaupt nicht in der Weise und in dem Umfang aus abnormen, affektiven Vorgängen gespeist wird, wie es z. B. bei den Selbstüberschätzungsideen des Manischen oder dem melancholischen Kleinheitswahn der Fall ist. Die Wahnbildung scheint hier vielfach nur eine Äußerung, eine Begleiterscheinung des Zerfalls des Bewußtseinsinhalts zu sein — wie es tatsächlich auch Fälle gibt, bei denen die Wahnbildung gegenüber der einfachen inhaltlichen Verwirrtheit ganz in den Hintergrund tritt. Soweit aber Wahnvorstellungen der Verfolgung und der Größe gebildet werden, spielt der Affekt in denselben weniger die Rolle eines den Wahnprozeß anregenden und unterhaltenden als den eines nur die Wahn**richtung** beeinflussenden Faktors. Gefühle, Wünsche und Befürchtungen bestimmen das mit krankhaft verändertem Vorstellungsmaterial arbeitende Denken natürlich nicht weniger als das Denken mit normalem Bewußtseinsinhalt und müssen in verzerrten Gestalten erscheinen, wenn sie sich in einem dissoziierten und von fehlerhaften Gedankenverknüpfungen durchsetzten Bewußtsein ausprägen.

Die **andere Gruppe** chronischer wahnbildender Erkrankungen der Involutionsjahre verdient die Bezeichnung **paranoischer Psychosen** wirklich. Hier handelt es sich nicht um einen hinter einer paranoiden Außenseite sich vollziehenden Zerfall des Bewußtseinsinhaltes, sondern um eine im Praesenium, d. h. zwischen dem 40. bis 50. Jahr einsetzende Veränderung der affektiven Stellungnahme der Persönlichkeit zur Umwelt, um eine „**paranoische Umstimmung**", die Beeinträchtigungsvorstellungen und sehr oft auch Größenvorstellungen zeitigt; eine Veränderung, die dauernd bestehen bleibt und insofern auch eine geistige Invalidität bedingt, aber nie zu Bewußtseinszerfall oder Demenz führt.

Diese Fälle haben mit *Kraepelin*s **präsenilem Beeinträchtigungswahn** die mißtrauische Verstimmung und das Fehlen inhaltlicher Verwirrtheit gemein. Bei genauerer Betrachtung unterscheiden sich die beiden Krankheitsbilder aber doch, wie später gezeigt werden soll.



Auszüge der Krankengeschichten. — Da es darauf ankam, ein möglichst vollkommenes Bild der Persönlichkeiten und ihres ganzen Lebens zu geben, mußten die Krankengeschichten zum Teil recht lang ausfallen. Um die Übersichtlichkeit der Arbeit zu wahren, gebe ich hier nur die alles Wesentliche kurz zusammenfassenden Auszüge der im Anhang ausführlich veröffentlichten 10 Krankengeschichten.

1. Vollnhals, Therese, geb. Rost, verwitwete Beringer, Schuhmacherswitwe von Nürnberg, geb. 23. Mai 1848.

Erbliche Belastung mit Arteriosklerose; Vater der Pat. an Schlaganfall gestorben, Pat. selbst mit 63 Jahren, deren Sohn mit 43 Jahren Schlaganfall.

Frühere Persönlichkeit: Intelligent, sehr tätig, redegewandt, gewissenhaft, sparsam, bigott-fromm, aber hochmütig und eitel, rechthaberisch, mißtrauisch, von empfindlichem Ehrgefühl, reizbar und launisch; sexuell leicht erregbar bei äußerlicher Zurückhaltung, Neigung zu Eifersucht. Früh verwitwet. Zweite Ehe mit 51 Jahren, 3 Jahre vor der Menopause.

Krankheit begann unmittelbar nach der zweiten Verheiratung. Enttäuschung des Verlangens nach Ruhe, Behaglichkeit und Liebe. Verliert langwierigen Ehescheidungsprozeß. Vom Manne verlassen. Allmähliche Verschlimmerung bis zum 59. Jahre. Aufnahme in die Klinik. Dann stabiler Zustand. Apoplexie mit vorübergehender l. Lähmung im 63. Jahr ohne dauernden Einfluß auf die Psychose.

Symptome: Mißtrauen und Eifersucht. Massenhafte Mißdeutungen und Erinnerungsfälschungen im Sinne der krankhaften Affektlage. Beschuldigt nacheinander fast alle weiblichen Personen, mit denen sie in Berührung kommt, unerlaubter Beziehungen zu ihrem Manne. Glaubt sich zurückgesetzt, verhöhnt, bestohlen, betrogen, aus ihren Stellen gebracht. Führt die Benachteiligungen großenteils auf Machinationen des ungetreuen Mannes zurück. Hochmut und Ruhmredigkeit, leicht geschmeichelt, erotisch. Wahnhafte Ansprüche an ein vermeintliches enormes Vermögen des Mannes. Auch in dieser Hinsicht Mißdeutungen und Erinnerungstäuschungen; wähnt — im Widerspruch zu ihrem Eifersuchts- und Beeinträchtigungswahn — daß der Mann ihr allerlei Gutes zukommen lassen wolle und Wiedervereinigung wünsche. Glaubt nicht an den Tod des Mannes. Reaktiv bedingte Schwankungen der Affektlage. Denken einförmig, von den wahnhaften Gedankenkomplexen beherrscht. Auch sonst Neigung zum Haften an einmal angeregten Gedanken, Erschwerung bei verwickelteren Denkleistungen; daneben an Ideenflucht grenzende Weitschweifigkeit. Seit Schlaganfall leichte Merkstörung. Sonst nichts von Demenz; kein Bewußtseinszerfall; kein Verlust an Interessen nach 13 jähriger Krankheitsdauer.

2. Brandmaier, Kaspar, verheirateter Schneidermeister von Nürnberg, geboren 1. März 1835.

Spurius. Frühere Persönlichkeit: mittelmäßige Begabung, fleißig, sparsam, ernst, selbstbewußt, herrisch, reizbar, zur Eifersucht neigend. Krankheitsbeginn mit etwa 54 Jahren: zunehmende Reizbarkeit, Eifersuchtswahn; beschuldigte Frau und Sohn des geschlechtlichen Verkehrs. Nachlaß der Arbeitsamkeit, Wirtshausbesuche, anspruchvoll in Essen und Trinken. Seit dem 62. Jahre im Anschluß an Bulbärapoplexie (R. VII-Lähmung, R. Taubheit) Verschlimmerung. Wahnhafte Ausgestaltung der vom Schlaganfall herrührenden und anderer körperlicher Beschwerden. Deutung derselben im Sinne eines gegen den behandelnden Arzt gerichteten Beeinträchtigungswahns. Bedrohung des Arztes. Im Krankenhause und in der Klinik (seit 64. Lebensjahr) starres Festhalten an den Eifersuchts- und Verfolgungsvorstellungen ohne wesentliche Weiterbildung. Reizbar, eigensinnig, verschlossen, hypochondrisch-mißlaunig. Kurze, periodische, allmonatliche Verschlimmerungen mit heftigen Zornausbrüchen und wiederholten Selbstmordversuchen bzw. -absichten. In den letzten Jahren (zurzeit 77. Lebensjahr) Nachlaß der affektiven Erregung unter Entwicklung eines arteriosklerotischen (und senilen?) Schwachsinns.

3. Jourdan, Pauline, ledige Bürstenarbeiterin von Erlangen, geboren 13. August 1862.

Belastung zweifelhaft: ein Bruder soll trinken und leichtsinnig sein.

Frühere Persönlichkeit: Als Kind schwächlicher als die Geschwister, mäßige Schülerin, sehr furchtsam. Später sehr tätig, gewissenhaft, sparsam, schüchtern, menschenscheu, mißtrauisch, reizbar, sehr empfindlich. Vertrug keinen Tadel, ließ getadelt die Arbeit gleich liegen. Häufiger Stellenwechsel. Angeblich nie sexuelle Begehrungen, nie Wunsch nach Kindern.

Krankheit begann mit etwa 47 Jahren: Zunahme von Menschenscheu und Mißtrauen. Im 48. Jahre akute Verschlimmerung: Stimmen (Bedrohungen und Beschimpfungen vorwiegend sexuellen Inhalts), stets auf eine frühere Mitarbeiterin von zweifelhaftem Ruf bezogen. Ängstlich-zornige Erregung, Schimpfausbrüche. Mißdeutet Verhalten der Umgebung; wähnt alle von ihrer Feindin gegen sie beeinflußt. In 2 Jahren keine wesentliche Änderung, leichte Schwankungen des Zustandes, zum Teil mit der noch regelmäßigen Menstruation zusammenhängend. Sehr lebhaft in Mimik und Bewegungen, besonders in sprachlicher Äußerung. Denken von den wahnhaften Gedankenrichtungen und Halluzinationen beherrscht, unproduktiv, Neigung zum Beharren in einmal eingeschlagenen Denkrichtungen; daneben leicht-ideenflüchtige Weitschweifigkeit, besonders bei Wiedergabe ihrer wahnhaften Erlebnisse. Geringes Wissen und

beschränkte Urteilfähigkeit, aber keine im Laufe der Krankheit entstandene Demenz; kein Bewußtseinszerfall; lebhafte Interessen.

4. Schwarz, Anna, unverheiratete Privatiere, von Nürnberg, geboren 14. März 1849.

Spuria. Als Kind schwächlich und rachitisch.

Frühere Persönlichkeit: Intelligent, lebhaft, herrisch, rechthaberisch, menschenscheu, mißtrauisch, empfindlich, bigott-fromm, abergläubisch. Angeblich nie sexuelle Bedürfnisse; nie Wunsch nach Kindern.

Krankheit begann mit dem Klimakterium: 47. bis 50. Jahr. Klimakterische Beschwerden, bei Menstruation Reizbarkeit und stärkeres Mißtrauen. Zweimal, mit 47 und 48 Jahren — das erste Mal zur Zeit einer Menstruation — Angstzustand mit Mißdeutung zufälliger Wahrnehmungen im Sinne der Beeinträchtigung (Einbruch!). Mit 56 Jahren akute Verschlimmerung unter massenhaften Gehörshalluzinationen, Visionen, vielleicht auch einzelnen Sensationen. Anfangs heftige Angst, später mehr Zorn. Inhalt der Sinnestäuschungen: Bedrohung an Leben und Besitz, Beschimpfungen (besonders sexueller Art), visionäre Vorführung schlüpfriger Situationen. Dauer der akuten Krankheitsphase etwa 3 Monate. Seitdem stationärer Zustand: Phoneme — fast ausschließlich in der Form des Gedankenlautwerdens — bestehen in verminderter Zahl und Intensität fort. Mißtrauische Deutung unangenehmer Erlebnisse (körperliche Krankheit). Führt frühere und jetzige Belästigungen ausschließlich auf ihre Hausgenossen in der letzten Wohnung zurück („Hexenbande"). Reagiert mit Zorn und Verlangen nach Genugtuung; sonst leicht gehobene, heitere Stimmung, sehr selbstbewußt, voller Interesse. Sehr lebhaft in Mimik und besonders im Sprechen, immer tätig. Denken weitschweifig, leicht ideenflüchtig, aber doch einförmig, bei schwierigeren Leistungen unproduktiv und unbeholfen, Neigung zum Haften. Sonst keine Erscheinungen von Demenz oder Bewußtseinszerfall bei 16jähriger Krankheitsdauer. Leichte periphere Arteriosklerose, etwas gesteigerter Blutdruck, chronische Mittelohrschwerhörigkeit.

5. Gnad, Barbara, geb. Fröschauer, Schreinerswitwe von Fürth, geboren 6. November 1844.

Frühere Persönlichkeit: Intelligent, sehr tätig und gewissenhaft, streng in der Erziehung der Kinder, religiös. Im höheren Alter viele Sorgen: Trunksucht und geringer Verdienst des Mannes.

Krankheit begann mit etwa 50 Jahren, 2 Jahre vor Ausbleiben der Menses. Allmähliche Verschlimmerung bis zum 60. Lebensjahre (Aufnahme in die Klinik), gleichförmiges Krankheitsbild mit nur geringer Milderung in den letzten Jahren; mit 68 Jahren in die Familie der Tochter entlassen.

Symptome: Reizbarkeit, Mißtrauen, Zorn, Empörung, starkes Selbstbewußtsein, Kampfstimmung. Eifersuchts- und Beeinträchtigungs-



vorstellungen, besonders im Sinne der Beleidigung ihrer Geschlechtsehre. Streitigkeiten mit den Hausgenossen, häufiger Wohnungswechsel. Der Mann hure mit den Nachbarinnen und anderen Frauenzimmern, in der Klinik mit den Pflegerinnen. Massenhafte Phoneme im Sinne des wahnhaften Denkens: sexuelle Beschimpfungen, halluzinatorische Wahrnehmung der Untreue des Mannes und anderer Unsittlichkeiten, Befürchtungen für sich und ihre ganze Familie. Halluzinationen der Hautempfindungen, des Geschmacks und Geruchs mit dürftigen Erklärungsideen (Vergiftung, Apparate zum Anspritzen, Spinnen u. a., die heruntergelassen werden). Argwöhnisch-feindselige Mißdeutungen; fühlt sich überall zurückgesetzt, führt wirkliche körperliche Leiden (Phthisis bulbi!) auf fremdes Verschulden zurück. Flüchtige Personenverkennungen im Sinne der Wahnvorstellungen. Hält Mann und Vater — deren Stimmen sie hört! — für noch lebend. Einzelne Erinnerungsfälschungen im Sinne der Beeinträchtigung (Mißhandlungen!) und des Entlassungswunsches. Einförmigkeit der Wahnbildung und der spontanen Gedankentätigkeit überhaupt; daneben an Ideenflucht grenzende, aber auch einförmige Mehrproduktion von Vorstellungen, besonders im Bereiche des wahnhaften Denkens. Lebhafte Bewegungen, besonders lebhafte Ausdrucksmotilität; Schimpf- und Zornausbrüche. Keine Erscheinungen von Demenz oder Bewußtseinszerfall nach 18 jähriger Dauer der Krankheit.

6. Bautner, Rosine, ledige Arbeiterin aus Fürth, geboren 1. Juli 1851.

Erblich belastet: Vater Erbschaftsquerulant, im höheren Alter Asthma- und Angstanfälle mit Selbstmordversuchen; Schwester ähnliche Psychose wie Pat., an Gehirnarteriosklerose gestorben.

Frühere Persönlichkeit: Fleißig, sparsam, fromm; zurückgezogenes Leben mit der ebenfalls unverheirateten Schwester. Kopfschmerzen und nervöse Magenbeschwerden, besonders zur Zeit der Menstruation.

Erste Erscheinungen der Krankheit: 14 tägiger Aufregungszustand mit 52 Jahren, ein Jahr vor Ausbleiben der Periode. Vom 53. bis 58. Jahr allmähliche Verschlimmerung. Nach Erkrankung der Schwester Mißtrauen, glaubt sich bestohlen, aus Stellen verdrängt; Magenbeschwerden als Vergiftungsymptome gedeutet, auch Schwester sei krank gemacht worden. Hebung des Selbstgefühls, Wiederauftauchen der schon vom Vater vertretenen Ansprüche an Hinterlassenschaft französischer Verwandten (Emigrantenfamilie!). Sexuelle Begehrungen, glaubt sich von hohem Offizier umworben. Phantastische Mißdeutungen und Erinnerungstäuschungen. Verwertung von Träumen im Sinne der Wahnideen; keine sicheren Halluzinationen. Zur Zeit der Aufnahme (58. Lebensjahr) akuteres Zustandbild: erregtes Wesen, geputzter Aufzug, Mitteilungsdrang. Bald beruhigt, seitdem unverändert. Selbstbewußt, leicht geschmeichelt,



empfindlich, bei widrigen Vorkommnissen argwöhnisch, mißdeutend. Wahngebilde nur in den Hauptlinien stabil, im einzelnen oft wechselnd, entsprechend der lebhaften Phantasie. Denken weitschweifig, leicht ideenflüchtig — aber bei Beantwortung bestimmter Denkaufgaben unproduktiv, mit Neigung zum Haften. Myokarditis, etwas gesteigerter Blutdruck, geringe periphere Arteriosklerose.

7. M a y e r , Marie, geb. Hüffner, Kaufmannswitwe aus Nürnberg, geboren 8. März 1855.

E r b l i c h belastet: Vater beging Selbstmord.

F r ü h e r e P e r s ö n l i c h k e i t : Sehr intelligent, energisch und selbstbewußt, herrisch, reizbar und mißtrauisch; rastlose, aber etwas fahrig-aufgeregte Tätigkeit, fromm. Heiteres Wesen. Große Gewandtheit und Lebhaftigkeit im Benehmen und Reden. Vorzeitige Menopause mit 39 Jahren. Verwitwet mit 39 Jahren.

K r a n k h e i t s beginn nicht genau zu fixieren. Neigung, in widrigen Vorkommnissen Benachteiligung seitens anderer Personen zu sehen, nahm allmählich zu, glaubte sich oft bestohlen, häufiger Wohnungswechsel. Stete Bemühungen, Vermögensverluste (früher Tod des Mannes, Geschäftsaufgabe, Verluste durch Zusammenbruch einer Bank) durch Arbeit und Spekulationen wieder einzubringen. Seit 45. Lebensjahr Stammbaumforschungen und Bemühungen um Erbschaften, veranlaßt durch Besuch eines die Familiengeschichte studierenden, entfernt verwandten Missionars. Entwicklung wahnhafter Erbansprüche auf dem Wege von Mißverständnissen und phantastischen Kombinationen bei ihren Stammbaumforschungen. Unruhige Tätigkeit in dieser Hinsicht, Reisen, weitschichtige Korrespondenzen. Beeinträchtigungsvorstellungen bei Abweisung ihrer Ansprüche (katholische Geistlichkeit, Gerichte). Stärkere V e r s c h l i m m e r u n g etwa seit 52. Lebensjahr; immer größere, bis in die Millionen gehende Ansprüche, erregtere Tätigkeit, Verfolgungsvorstellungen gegenüber einem Zimmerherrn: Befürchtungen für die Unschuld ihrer heranwachsenden Tochter, illusionäre Mißdeutungen von Altersbeschwerden (Dämpfe, Schlangen, Gift usw.), optische und akustische Illusionen, Erinnerungstäuschungen. In der Klinik Festhalten an den Wahnvorstellungen, selbstbewußt, tätig, im ganzen heitere Affektlage; aber sehr labil, bei entsprechenden Anlässen massenhaft aufschießende argwöhnische Mißdeutungen und Kombinationen, Erinnerungsfälschungen. Im Denken eine gewisse Einförmigkeit; unproduktiv und unaufmerksam beim Denken nach bestimmten, ihr gegebenen Aufgaben, daneben ausgesprochene, ideenflüchtige Hyperproduktivität. Kein Zeichen von Demenz oder Bewußtseinszerfall. Körperlich: basedowoide Konstitution (Tochter desgl.!). Schrumpfniere.

8. H ö r m a n n , Josefa, geb. Schiele, Zugeherin von München, geboren 15. Mai 1861.

Erblich belastet: Schwester hatte zweimal eine hypochondrisch-depressive Psychose, beging Selbstmord, eine andere Schwester konstitutionell hypomanisch.

Frühere Persönlichkeit: Als Kind kränklich; mäßig begabt; sehr tätig, gewissenhaft, ernst, fromm, geizig-sparsam, aber selbstbewußt, andere kritisierend, herrisch, reizbar, mißtrauisch; sehr zungenfertig. Sexuell zurückhaltend, bei leidenschaftlicher, zäher Zuneigung zu einem Manne zweifelhaften Charakters. Vom Manne nach ½ jähriger Ehe wegen ihrer Unverträglichkeit verlassen. Ständige Sehnsucht und Bemühungen der Pat. um Wiedervereinigung mit dem Manne. Wiederholte Enttäuschungen in dieser Hinsicht.

Krankheit begann etwa im 45. Jahre, mit Verstärkung des konstitutionellen herrisch-reizbaren und mißtrauischen Wesens; die Leute sähen sie so an, man behorche sie. Öfter Kopfschmerzen und Mattigkeit. Im 49. Jahre, 1 Jahr vor dem Ausbleiben der Menstruation, ziemlich akute Verschlimmerung. Fühlte sich durch ungehöriges und besonders durch sexuell-anstößiges Benehmen anderer (Prostituierte!) stark verletzt, empfand Zwang, auf solche Dinge zu achten (zu „schauen"). Krankhafte Hebung des Selbstgefühls: sie sei die Tüchtigste und Beste; durch ihr „Schauen" würde der Unsittlichkeit und Ungehörigkeit gesteuert. Zahlreiche eigenbeziehende Mißdeutungen und Erinnerungsfälschungen im Sinne der Größenvorstellung, eine „Schaufrau" zu sein. Seit 2 Jahren unverändert: neugierig-mißtrauisch, oft zornig, sehr selbstbewußt als „Schaufrau", entsprechende Mißdeutungen und Erinnerungsfälschungen; keine sicheren Halluzinationen. Leicht erotisch mit komisch wirkender Schamhaftigkeit; ständiges Verlangen nach dem Manne. Sehr lebhaft in Sprache, Mimik, Bewegungen. Im Denken einförmig, Neigung zum Beharren in einmal eingeschlagenen Denkrichtungen, dabei aber weitschweifig. Keine Erscheinungen von Demenz oder Bewußtseinszerfall bei 6 jähriger Krankheitsdauer. Emphysem, arteriosklerotische Myokarditis. Menopause im 50. Jahre.

9. Bogner, Anna, ledige Zugeherin von Nürnberg, geboren 17. Juni 1851.

Spuria. Von Kind auf augenleidend.

Frühere Persönlichkeit: Intelligent, Interesse für Musik und Dichtkunst, große Tierfreundin, hohe Selbsteinschätzung bei geringen Stellungen, empfindlich, „hitzig". Sexuell zurückhaltend bei hohen Ansprüchen an Bildung und Wesen des Mannes. Enttäuschungen (minderwertiger Geliebter, uneheliche Schwangerschaft, verlassen). Tod des geliebten Kindes. Körperlich leidend (Vorfall) und „nervös" seit Entbindung (d. h. seit 34. Jahre). Mit 49 Jahren Prolapsoperation mit Kastration.

Krankheit begann im 50. Jahre. Reizbarkeit und Mißtrauen. Gehörstäuschungen. Altersbeschwerden in beeinträchtigendem Sinne gedeutet. Glaubt sich bestohlen, häufiger Wohnungswechsel. Sexuelle



Begehrungen und Eifersucht; verliebt sich wiederholt und wähnt sich jedesmal von einer jungen Nebenbuhlerin verdrängt. Selbstüberschätzung: sie habe eine magnetische Anziehung wie für Tiere (Tierfreundin, Tierbändigerin!) so für Krankheiten und kranke Menschen, die durch sie geheilt würden. Verknüpfung der Beeinträchtigungs-, Größen- und sexuellen Begehrungsvorstellungen derart, daß der Verfolger, der Geliebte und der zu heilende Kranke dieselbe Person sind. Unter Schwankungen allmähliche Verschlimmerung bis zum 59. Jahre. In der Klinik unverändert. Freundlich, fühlt sich aber zurückgesetzt, mißdeutet wirkliche Leiden als Beeinträchtigung. Festhalten an den früheren Wahnvorstellungen. Immer tätig, gesprächig, bei Erzählung der wahnhaften Erlebnisse weitschweifig. Abgesehen von der Einförmigkeit der Wahnbildung keine Unproduktivität und kein Haften. Merkfähigkeit vor 2 Jahren — nach 9 jährigem Bestande der Krankheit — noch gut; jetzt etwas herabgesetzt. Sonst keine Demenz und kein Bewußtseinszerfall.

Periphere Arteriosklerose, Blutdrucksteigerung, 1‰ Eiweiß im Urin, Emphysem. Amblyopie, linkseitige Katarakt und rechtseitige Hornhauttrübung.

10. Müller, Marie geb. Kolb, Kaufmannswitwe aus Nürnberg, geboren 18. März 1835.

Erblich belastet: zwei Brüder des Vaters, wahrscheinlich auch dieser, Suizid. Zwei Brüder der Pat. waren geisteskrank.

Frühere Persönlichkeit: Sehr tätig, peinlich gewissenhaft, ernst, religiös, selbstbewußt, eigenwillig, mißtrauisch.

Krankheit begann mit dem Klimakterium im 40. Jahre. Anfangs anfallweise Angst mit Selbstmordversuchen, später mehr Reizbarkeit, Mißtrauen, hochmütiges Wesen, Eifersucht, Gehörshalluzinationen. Verschlimmerung unter Schwankungen bis zum 48. Jahre (erste Aufnahme). Auch später noch zweimal geringe Besserung und erneute Verschlimmerung. Seit 65. Jahr (dritte Aufnahme) stabiler Zustand. Sehr selbstbewußt, die „würdige" Frau M.; wahnhafte Ansprüche an Eigentum ihres Schwiegersohnes. Immer tätig, höflich, resigniert. Empfindet Festhaltung und Ungehörigkeiten seitens anderer Kranker als schwere Kränkung („entsetztich", „furchtbar"), leicht beleidigt. Negierung ihr unangenehmer Erlebnisse (z. B. Bekanntschaft mit früherem Arzt u. ä.). Viele Wahnvorstellungen im Sinne der Verneinung von Veränderungen bzw. des Haftens an Denkgewohnheiten (Töchter und Mann leben noch, frühere Ärzte sind noch hier u. ä.). Verkennt zahlreiche Personen der Umgebung für Verwandte und frühere Bekannte — ohne in ihrem Verhalten dies merken zu lassen. Gehörstäuschungen, besonders Stimme des Schwiegersohnes („der Herr Pfarrer"); Inhalt derselben: Gedankenlautwerden, Bestätigungen, Wiederholungen eigener Gedanken und Äußerungen. Zwangmäßiges Wiederholen der letzten Worte im Gespräch, Einschalten von Flickworten („ja", „das ist wahr" u. ä.) — von Pat. selbst abgestritten.



Denken einförmig, mit der Neigung zum Haften, gleichzeitig aber leicht-ideenflüchtige Mehrleistung (gewisse stehende Wendungen [„furchtbar", „die würdige Frau M." u. ä.]). Mit 77 Jahren, nach 37 jähriger Krankheitsdauer, keine Merkstörung, überhaupt keine Demenz, kein Bewußtseinszerfall, voller Interesse. Körperlich sehr rüstig, mäßige, periphere Arteriosklerose.

I. Das Zustandsbild der Involutionsparanoia.

1. Die Wahnvorstellungen sind diejenigen Krankheitserscheinungen, die an allen diesen Kranken am meisten auffallen. Bei den 5 ersten Kranken (Vollnhals, Brandmaier, Jourdan, Schwarz, Gnad) finden sich ausschließlich oder überwiegend (Vollnhals) Beeinträchtigungsvorstellungen, bei den 5 letzten (Bautner, Mayer, Hörmann, Bogner, Müller) herrschen die Größenvorstellungen vor; von Beeinträchtigungsvorstellungen frei ist aber auch unter diesen Kranken keine. Die Wahnvorstellungen halten sich zum Teil in den Grenzen des Möglichen und Nacherlebbaren, teils stehen sie allem Möglichen fern und sind für das normale Seelenleben unverständlich. Zwischen diesen Gegensätzen gibt es alle Übergänge. Mögliche und wirklichkeitfremde Wahnvorstellungen finden sich bei einem und demselben Kranken.

Viele Kranke glauben sich von ihrer Umgebung nur mißachtet, sie fühlen sich zurückgesetzt, man spricht über sie oder beschimpft sie. Sie werden bestohlen und aus ihren Stellen gedrängt. Man gibt ihnen in der Klinik schlechtere Kleidung und enthält ihnen besseres Essen vor. Besuche werden nicht zugelassen, Briefe nicht abgeschickt bzw. unterschlagen: man begeht Freiheitsberaubung an den Kranken. Die alternde Frau (Vollnhals), die 2 Jahre vor ihrer Menopause noch einmal heiratet, betrachtet eine im gleichen Hause wohnende jugendliche Wirtstochter — die noch dazu rote Haare hat! — mit eifersüchtigen Augen. Aber im Laufe der Krankheit erweitert sich der Kreis ihrer Nebenbuhlerinnen mehr und mehr; hier in der Klinik haben alle, die jüngste Pflegerin bis zu der dicken, alten, keifenden Zimmernachbarin mit dem Manne der Kranken gehurt. Brandmaier beschuldigt seine Frau, mit dem eigenen Sohn Unzucht getrieben zu haben. Eine der milderen Formen von Beeinträchtigungsvorstellungen ist es, wenn Frau Gnad den Verlust ihres einen Auges auf die falsche und nachlässige ärztliche Behandlung zurückführt; geradezu abenteuerlich sind dagegen die körperlichen Verfolgungsideen der Frau Mayer, der man Schlangen ins Bett brachte, und der ihr Zimmerherr Schwefel- und Opiumdämpfe ins Schlafzimmer blies, so daß sie nicht atmen konnte, sobald sie sich zur Ruhe legte. Vergiftungsideen sind etwas



sehr häufiges: mit allen Abstufungen von der einfachen Behauptung, das Essen sei schlecht und unzuträglich (Vollnhals) bis zur Überzeugung, man tue „Pülverle", „saures Fixiersalz" u. ä. in die Suppe, um die Kranken zu ruinieren (Bautner, Mayer). Sehr begreiflich ist es, wenn Frl. Schwarz, eine alleinstehende, menschenscheue, alternde Person, angibt, ihre Hausgenossen hätten es auf ihr nicht unbeträchtliches Vermögen abgesehen gehabt; aber dieselbe Kranke hat auch die romanhaften Erlebnisse der „Schießdrohung" und der „nackten Geschichte" gehabt; sie ist einer Zauber- und Hexenbande in die Hände gefallen. Beleidigungen der Geschlechtsehre sind ganz gewöhnliche Beeinträchtigungsideen; aber nicht nur werden die Kranken gelegentlich von irgendeiner boshaften Nachbarin beschimpft, sondern die Feindin von Frl. Jourdan steht Tag und Nacht, Sommer und Winter, bei Sonnenschein wie bei Regen und Schnee im Garten, überhäuft die Kranke mit ehrenrührigen Schmähungen und „feuert" in die Pflegerinnen hinein, daß diese ihr Opfer recht schlecht behandeln sollen.

Unter den G r ö ß e n v o r s t e l l u n g e n finden sich dieselben Verschiedenheiten: Frau Müller schreibt sich nur eine besondere „Würdigkeit" zu, während Frl. Bautner 15 Millionen von dem im Jahre 1870 gefallenen Feldmarschall und Vizekönig von Algier zu erben hat. Noch phantastischer sind die wahnhaften Erbschaftsansprüche der Frau Mayer. Höchst befremdlich ist auch die Größenidee der von ihrer Vortrefflichkeit sehr überzeugten Frau Hörmann, die als „Schaufrau" sich berufen fühlt, überall die Menschen auf ihre Pflichten aufmerksam zu machen, und die der Überzeugung lebt, sowohl in München wie hier schon viel zur Hebung des moralischen Niveaus beigetragen zu haben. Endlich Frl. Bogner, die „Elektrische", die Krankheiten anziehen und dadurch heilen kann, für deren Tätigkeit 2000 M. verlangt wurden, die auch wilde Tiere zähmen kann und beinahe einmal von einem gewinnsüchtigen Menageriebesitzer fortgestohlen wurde.

Mehrere Kranke (Vollnhals, Müller, Gnad, Brandmaier) sind der Überzeugung, daß v e r s t o r b e n e Angehörige oder Bekannte, bei deren Beerdigung sie zum Teil selbst zugegen waren, noch l e b e n. Sie verkennen Personen der Umgebung für Angehörige oder Bekannte; am weitesten geht diese Verfälschung der Wirklichkeit bei Frau Müller, die überall „Variationen" sieht und schließlich an allem zweifelt.

Diese abenteuerlichen, wirklichkeitfremden Wahnvorstellungen, die ebenso ja auch bei paranoiden Defektpsychosen vorkommen, erschweren die Deutung unserer Krankheitsfälle. Man wird nur allzu leicht verführt, in derartigen Wahngebilden die Äußerungen eines Bewußtseinszerfalls zu erblicken. Eine eingehendere Auflösung der Symptomenbilder zeigt jedoch, daß dieselben absonderlichen Wahnvorstellungen auch auf ganz andere Weise zustande kommen können,



und leitet dadurch auch die klinische Auffassung der Fälle auf die — wie ich glaube — richtige Fährte. Übrigens treten die befremdlichen Wahnvorstellungen an Zahl und Bedeutung gegenüber den „möglichen“ und nacherlebbaren zurück.

2. Die genauere Untersuchung zeigt zunächst, daß die Wahnvorstellungen in ihrer ganz überwiegenden Mehrzahl an krankhafte Veränderungen des Affektlebens geknüpft sind. Sehr viele Wahnvorstellungen beruhen auf Mißdeutungen[1]) und auf Erinnerungsfälschungen im Sinne der die Kranken beherrschenden abnormen Gemütsverfassung. Es sind die „möglichen“ und nachfühlbaren Wahnvorstellungen, die auf diese Weise zustandekommen.

Die Stimmungslage der Kranken ist nur selten und nie für die Dauer eine einfache (wie Angst, Trauer, Heiterkeit), sondern überwiegend eine zusammengesetzte: neben depressiven (vornehmlich ängstlichen) Stimmungsregungen machen sich Erscheinungen einer gehobenen Stimmungslage geltend, und aus dem Zusammenwirken der beiden gegensätzlichen Gefühlsarten ergeben sich mannigfache, von Fall zu Fall und auch bei einem und demselben Kranken von Zeit zu Zeit wechselnde Affektgemische: ängstliche, aber dabei gereizt-beleidigte Stimmung, Argwohn, Mißtrauen, Zorn, Entrüstung, Empörung, Erbitterung, Rachsucht u. a.

Mit dieser Veränderung der Stimmungslage gehen nun Mißdeutungen einher, die entsprechend der Zusammengesetztheit der Gefühlslage in ihrer Mehrzahl nicht den einfachen Sinn der Beängstigung oder der Selbstüberschätzung, sondern den der Verfolgung haben. Was eine Verfolgungsvorstellung von einer Angstvorstellung unterscheidet, ist — wie *G. Specht* dargetan hat — der gemischte Affekt, der ihr im Gegensatze zu der einfach ängstlich betonten Angstvorstellung anhaftet. Die Vorstellung, vor Gericht gestellt zu werden, kann ebensogut eine Angstvorstellung wie eine Verfolgungsvorstellung sein. Zur Verfolgungsvorstellung wird sie dadurch, daß der Kranke sie nicht nur mit Angst erlebt, sondern daß er sich auch innerlich oder äußerlich gegen dieselbe auflehnt, sei es, daß zur Angst

[1]) Ich halte den Ausdruck „Mißdeutung“ (entsprechend den interprétations der Franzosen) für zutreffender als die Ausdrücke Eigenbeziehung oder Beziehungswahn.



der Mut kommt, und daß der Kranke nun nicht in angstvoller Verzagtheit dem Unheil entgegensieht, sondern ihm kampfbereit begegnet, sei es, daß mindestens jenes mit Stolz gemischte bittere, gekränkte Gefühl sich des Kranken bemächtigt, in dem das Unheil zwar erduldet, aber als unverdient und ungerecht empfunden wird.

Ebenso wie alle unsere Kranken Verfolgungsvorstellungen haben, so finden wir auch bei sämtlichen — dauernd oder zeitweilig — Mischaffekte der beregten Art und Mißdeutungen im Sinne dieser zusammengesetzten Gefühlslagen. Entsprechend der Mannigfaltigkeit der vorkommenden Mischgefühle zeigen auch die Mißdeutungen und die auf ihnen sich aufbauenden Wahnvorstellungen zahlreiche besondere Färbungen. Ich möchte in Erweiterung der Lehre *Spechts* von der Bedeutung des Mißtrauens für den Verfolgungswahn nachdrücklich darauf hinweisen, daß das Mißtrauen nicht der einzige Mischaffekt ist, der das Denken in die Richtung des Beeinträchtigungswahns zwingt, sondern daß auch andere Mischaffekte, wie Ärger, Zorn, Empörung u. ä. dieselbe Wirkung haben können.

Bei Frau Vollnhals ist reines Mißtrauen der vorherrschende Affekt. Die Kranke unterliegt in ihrem Mißtrauen täglich neuen argwöhnischen Mißdeutungen. Sie wittert Unrat hinter allem und jedem und ist zu einer unbefangenen Auffassung der Vorgänge in ihrer Umgebung durchaus unfähig. Man muß sehen, wie sie z. B. das Essen in Empfang nimmt, mit dem Löffel argwöhnisch und gründlich darin herumrührt, bis sie endlich ein verdächtiges Fäserchen oder Bröckchen gefunden hat. Ihr Mißtrauen läßt nicht zu, daß jemand anderes als sie ihr Zimmer säubere, ihr Eßgeschirr reinige usf. Wirklich für die Kranke unangenehme Erlebnisse — die den adäquaten Reiz für das sie beherrschende Mißtrauen darstellen — lassen dasselbe natürlich besonders stark anschwellen und führen zu besonders groben Mißdeutungen: ein Darmkatarrh ist die Folge einer von der Oberpflegerin versuchten Vergiftung. Die Schwester von Frl. Bautner starb hier in der Anstalt; nach der Überzeugung der B. haben wir sie um die Ecke gebracht. Ganz vorwiegend aber sind es die wirklichen körperlichen Beschwerden, von denen ja kaum eine der in vorgerücktem Alter stehenden Kranken frei ist, die dem Mißtrauen und dem mißdeutenden Denken Nahrung geben. Rheumatische Schmerzen werden auf Elektrisierung bezogen (Bogner), die Schweratmigkeit der Emphysematiker auf Dämpfe zurückgeführt, die jemand ins Zimmer blase (Mayer). Die Schwindelgefühle, Taubheit und Kopfschmerzen, die Brandmaier von seiner Bulbärapoplexie (Verletzung des VIII. Kerns!) zurückbehielt, mißdeutet er als eine vom erstbehandelnden Arzte verschuldete Ruinierung und Verzerrung seiner Nerven. Das Mißtrauen der



Frau Vollnhals ist von der besonderen Note, die mit ewiger Gereiztheit, Nörgelei, Unzufriedenheit einhergeht. Bei allem anspruchvollen Wesen ist die depressive Komponente in der Stimmungsmischung dieser Kranken doch überwiegend.

In dieser Hinsicht steht ihr Brandmaier am nächsten, der in seinen früher stärker ausgesprochenen periodischen Verschlimmerungen Selbstmordgedanken äußerte und wiederholte Selbstmordversuche machte. Im übrigen hat die Stimmung Brandmaiers mehr eine mürrische, feindselige, negativistisch-starrköpfige Färbung. B. neigt auch stark zu Zornregungen, wie einige andere gleich zu erwähnende Kranke.

Zornausbrüche kommen bei allen Kranken vor; Bei keiner Kranken ist die Affektkonstitution aber so sehr durch die zornige Reizbarkeit bestimmt wie bei Frau Gnad, die ihre täglichen und stündlichen — meist halluzinatorischen — Beschimpfungen mit Entladungen heftigsten Zorns und stürmischen Verlangens nach Genugtuung und Bestrafung ihrer Feinde beantwortet. Ihr steht Frl. Schwarz am nächsten, bei der die Zornregungen allerdings nur zeitweilig bei besonderen Anlässen auftreten, und deren Affekt im ganzen weniger durch äußere Entladungen als durch die innerliche Empörung und Entrüstung gekennzeichnet ist. Der Zorn des Frl. Jourdan wiederum hat nicht den mutigen Klang, der dem Affekt ihrer beiden letztgenannten Leidensgenossinnen eigen ist. Es ist mehr ein von zornigem Schimpfen durchsetztes Gejammer mit andauernden Unschuldsbeteuerungen; das steigert sich manchmal zu wahren Verzweiflungsausbrüchen, in denen die Kranke den Arzt fußfällig um Beseitigung ihrer Feindin anfleht. Die starke Beimischung von Angst war hier nicht zu verkennen. Vorübergehend, meist bei besonderen Anlässen, kommen auch bei den anderen Kranken ängstliche Regungen vor; davon ist keine Kranke ganz frei. Grundsätzlich wichtig ist — worauf ich noch zurückkommen werde —, daß die ängstlichen Beimengungen sich vornehmlich im Beginne der Erkrankung finden; so auch bei dem jetzt so mutig Genugtuung verlangenden Frl. Schwarz.

Eine mißtrauisch-zornige Schimpferin ist auch Frau Hörmann, deren Affekt aber wieder seine Besonderheit hat. Frau H. ist mißtrauisch und dabei neugierig. Im Anfange der Erkrankung war sie nur mißtrauisch und fühlte sich peinlich berührt (offenbar eine schreckhaft-ängstliche Regung), wenn jemand sie ansah; darauf basierend Mißdeutungen: man sähe sie so an, die Straßenbahnschaffner hypnotisierten sie durch Ansehen. Dazu trat später ein Drang, auf Menschen und Vorgänge und ganz besonders auf solche, die sie peinlich berührten, zu achten, eine Art krankhafter und zwangartiger Neugier, aus der die Wahnvorstellung, zum „Schauen" bestellt, eine Schaufrau zu sein, erwuchs. Während diese Kranke zu den überwiegend gehobenen Affektgemischen hinüberleitet, ist bei Frau Müller das Mißtrauen abgemildert in eine stolze Resignation. Frau M. erträgt die „furchtbaren", „schrecklichen" Qualen, die



sie sehr wohl empfindet, als ihr Schicksal, höchstens gelegentlich in Tönen tiefster Kränkung und Entrüstung protestierend. Ihr steht Frl. Bogner nahe, die bei allem Argwohn höflich und freundlich bleibt, nie aufbegehrt und nur bei besonderer Frage trübsinnig erklärt, sie werde eben von allen schlechter behandelt.

Mit der so mannigfaltig schillernden Färbung, die der Affektmischung jedes einzelnen Falles eigen ist, hängt es zusammen, daß nicht alle Kranke dauernd und gegenüber jedwedem Vorgang in Argwohn und mißdeutender Auffassung befangen sind.

Selbst Frau Vollnhals, die am stärksten von Mißtrauen beherrscht ist, kann zeitweilig — besonders, wenn sie ein sie stark erregendes Erlebnis gerade überwunden hat — für einige Zeit eine relativ freie Stimmung darbieten. Viel mehr ist das aber bei den Kranken der Fall, die bei allem Mißtrauen mehr zornig oder gar heiter sind. Diese Kranken beantworten nur ganz bestimmte Erlebnisse — für die sie gewissermaßen entsprechend ihrer Affektkonstitution überempfindlich sind — mit Argwohn und Mißdeutung, während sie sonst heiter und unbefangen erscheinen. Frl. Schwarz wird nur mißtrauisch, wenn sie sich körperlich unpäßlich fühlt (besonders bei ihren Karzinomblutungen). Dabei zeigt sich ihr mißdeutendes Denken auch ganz einseitig gerichtet: sie führt alles Unangenehme immer nur auf die sie verfolgende Hexenbande zurück, während sie uns Ärzten und dem Personal unbefangen gegenübersteht. Frl. Jourdan richtet ihren Haß und ihre Klagen immer nur gegen die „Scherzer“ und deutet die vermeintlich unfreundliche Behandlung seitens der Umgebung dahin, daß man sie nicht aus eigenem Antriebe, sondern von der Scherzer beeinflußt schlecht behandle. Am stärksten ist der Kontrast zwischen einer mißtrauischen Auffassung bestimmter, einzelner, unangenehmer Erlebnisse (körperliche Beschwerden, Festhaltung in Kliniken, Entmündigung) und eines sonstigen heiteren Wesens und unbefangener Beurteilung bei Frau Mayer.

Hier eröffnet sich schließlich auch ein Verständnis für den Optimismus, die Siegeszuversicht, die Selbstüberschätzung, die gewisse Kranke, insbesondere Frau Mayer, Frl. Bautner und Frau Hörmann, trotz allen Verfolgungen zur Schau tragen. Die gehobene Stimmungslage, die bei diesen Kranken solange herrscht, als nicht unangenehme Erlebnisse ihr Mißtrauen wecken, bedingt ebenso optimistische Eigenbeziehungen, Mißdeutungen in einem für den Kranken günstigen Sinne, wie das Mißtrauen zur persekutorischen Eigenbeziehung führt.

Belanglose Äußerungen und Zeitungsnotizen werden als Andeutungen mißverstanden. Frl. Bautner will in der Zeitung gelesen haben, daß 45 Millionen aus Frankreich nach Deutschland gekommen seien, 15 davon gehören



ihr. Überall, wo Frau Mayer den Namen Hüfner liest, glaubt sie an eine Verwandtschaft und eine reiche Erbschaft. Die so oft wiederholte Enttäuschung vermag diesen Optimismus nicht zu brechen. Von allen Seiten bekam Frau Hörmann „Andeutungen" und „Anleitungen" für ihren Beruf als Schaufrau: aus den höhnischen Bemerkung eines Schutzmanns: „jetzt kannst schauen", aus Predigten, aus der Anwesenheit eines Polizisten, den sie zu ihrem Schutz aufgestellt wähnt (weiteres vgl. die Krankengeschichte!). Jeden Tag erwartet Frau Hörmann ihren Mann von neuem und wird nicht müde, ihren Wunsch nach Entlassung jeden Tag, bei jeder Visite mit demselben Nachdruck und derselben Zuversicht zu wiederholen. Von dem endlichen Sieg über ihre Widersacher sind diese Kranken fest überzeugt.

Eine besondere Erwähnung verdienen noch die Sexualaffekte, die als Eifersucht, Befürchtungen für die Geschlechtsehre, Entrüstung über Unsittlichkeiten und über sexuelle Begierden eine sehr große Rolle bei unseren Kranken spielen. Ebenso wie in dem Mißtrauen Regungen von gehobener Stimmung enthalten sind, und wie neben den Beeinträchtigungsideen starkes Selbstbewußtsein und Selbstüberschätzung gedeihen, so ist die krankhafte Eifersucht unserer Kranken, das sexuelle Mißtrauen, zugleich ein Anzeichen für das Vorhandensein gesteigerter sexueller Begehrungsgefühle. Das beweisen nicht nur die sexuellen Wunschvorstellungen, die mit dem Eifersuchtswahn einhergehen, sondern auch die Beeinträchtigungsvorstellungen der sexuellen Beschimpfung, die bei diesen Kranken so oft wiederkehren, und die abnorm lebhafte sittliche Entrüstung über wirkliche oder vermeintliche sexuelle Verfehlungen anderer (Hörmann, Jourdan). Die Wahnvorstellung, von anderen als lüstern, als Hure oder Ehebrecherin betrachtet zu werden, die halluzinatorische Wahrnehmung dementsprechender Beschimpfungen ist doch nichts als die Objektivierung der eigenen Scham und der Selbstvorwürfe über die eigenen sexuellen Wünsche. Wenn manche Kranke (insbesondere Frau Hörmann) sich durch sexuelle Anstößigkeiten so ungemein leicht verletzt fühlen und die Unsittlichkeit anderer nicht hart genug verurteilen können, so machen sie in sehr durchsichtiger Weise andere zu Prügelknaben ihrer von ihnen selbst als verwerflich empfundenen gesteigerten sexuellen Erregbarkeit. Manchmal ist schon die Ungeheuerlichkeit der Eifersuchtsvorstellungen ein Hinweis auf die krankhaft gesteigerten sexuellen Begierden.



Man denke an Frau Vollnhals, deren erregte Lüsternheit ihren Mann im Bett aber auch jeder ihr begegnenden weiblichen Person sieht. Übrigens bedarf es nicht solcher indirekter Ableitungen, um zu erkennen, daß Frau Vollnhals, Frau Hörmann, Frau Bogner, Frl. Jourdan erotisch sind. Frau Hörmann hat immer etwas Verschämt-erotisches, sie erglänzt bei jeder Visite und möchte es doch so gerne nicht zeigen. Man sieht deutlich, daß der Kampf gegen die Unsittlichkeit, den sie gegen die leichtfertigen Damen Münchens führte, eigentlich in ihrer eigenen Brust ausgefochten wird. Sie verlangt immer und immer nach ihrem Manne, mit dem sie — wie sie verschämt erklärt — „nun endlich eine richtige Ehe führen will", was sie aber nicht abhält, auch mich, als ihren „Schauherrn", recht in ihr Herz zu schließen. In der Praktikantin sieht sie die natürliche Feindin. Frau Vollnhals und Frl. Bogner waren bzw. sind in andere Ärzte verliebt, und das Gebaren des Frl. Jourdan zeigt, daß ihr, obwohl sie es leugnet, sexuelle Wünsche nicht fremd sind. Bei einer Kranken (Bautner) finden sich Vorstellungen sexuellen Begehrens ohne Eifersucht; hier muß das sexuelle Begehren viel stärker sein als eventuelle depressiv-mißtrauische Regungen. Auch in ihrer sonstigen Wahnbildung herrscht ja der Größenwahn durchaus vor. Sexuelle Beeinträchtigungsideen unklarer Art — nicht ausgesprochene Eifersucht — hat sie übrigens auch: man ließ den „Major" nicht zu ihr, unterschlug seine Briefe usw.

Alle die im vorstehenden geschilderten krankhaften Gefühle verursachen nicht nur Mißdeutungen der gegenwärtigen Wahrnehmungen, sondern sie beirren auch die Erinnerungen an vergangene Erlebnisse — sie führen auch zu Erinnerungsfälschungen. Nur selten — Beispiele bei Frl. Bautner und Frau Vollnhals — handelt es sich um echte Konfabulationen, d. h. um freie Erfindungen, fast immer sind es Umgestaltungen wirklicher Erinnerungen im Sinne des Mißtrauens, ganz besonders aber der Eifersucht, der Hoffnungen, der Selbstüberschätzung, der sexuellen Wünsche.

Frau Hörmann behauptet, mich in der Münchner psychiatrischen Klinik gesehen zu haben, ich hätte mir dort ihre Verbringung nach Erlangen ausgewirkt. Sehr häufig ist die Erinnerungsfälschung, man habe den Kranken die Entlassung schon so und so oft versprochen. Frau Vollnhals behauptete einmal, der Stadtpfarrer habe ihr vom Garten aus zugerufen: „Frau V., in diesen Tagen werden Sie entlassen." Dieselbe Kranke ist besonders rege in eifersüchtigen Erinnerungstäuschungen (vgl. z. B. ihre Angaben bei ihren Scheidungsprozessen). Die lebhaftesten Erinnerungstäuschungen zeigen Frau Mayer und Frl. Bautner. Frau M. gestaltet eine ihr peinliche Unterredung mit dem Arzt über ihre Entlassung oder Entmündigung von einem Tag zum anderen derart um, daß man Mühe hat, den richtigen Kern der Erinnerung aus den Umformungen und



Zutaten herauszuschälen. Alles wird ihren Wünschen entsprechend verändert, so daß sie als die unschuldig Verfolgte, der Arzt als der Lügner, ja als Erpresser und Helfershelfer ihrer angeblichen Feinde dasteht. Die größte Rolle spielen Erinnerungsfälschungen wohl in Frl. Bautners Erbschafts- und Bewerbungsroman, auf dessen genaue Schilderung in der Krankengeschichte ich verweise.

Im ganzen spielen die Erinnerungsfälschungen keine so große Rolle wie die Mißdeutungen der Wahrnehmungen. Bemerkenswert ist, daß die Kranken mit gehobenem Selbstgefühl bzw. mit Größenideen besonders stark zu Erinnerungsfälschungen neigen (Mayer, Bautner, auch Vollnhals). Zweifellos ist der krankhafte Affekt nicht der einzige Faktor, der in der Umformung der Erinnerungen tätig ist; die ideenflüchtig-angeregte Gedankentätigkeit gewisser Kranker spielt dabei mit; ich komme darauf noch zurück. Im Gegensatze zu den Konfabulationen der Presbyophrenen oder zu denen bei *Korsakow*scher Psychose beziehen sich die Erinnerungsfälschungen unserer Kranken nicht auf einen bestimmten Zeitabschnitt ohne Rücksicht auf die Art der in diesem Zeitabschnitt enthaltenen Erlebnisse, sondern es sind Erinnerungstäuschungen hinsichtlich ganz bestimmter, mit den Befürchtungen und Wünschen und dem wahnhaften Denken zusammenhängender Erlebnisse — ohne Beschränkung auf eine gewisse Zeitstrecke („systematische", nicht „zeitliche" Erinnerungsfälschungen).

3. Aus den affektiven Störungen im Verein mit den Mißdeutungen und Erinnerungsfälschungen erklären sich die möglichen und nachfühlbaren Wahnvorstellungen. Die Erinnerungsfälschungen lassen auch manche phantastische Wahnvorstellungen begreifen, z. B. die Ungeheuerlichkeit der Eifersuchtsidee der Frau Vollnhals, die uferlosen Erbschaftsansprüche der Frau Mayer, die romanhafte Gestalt des „hohen Offiziers", des wahnhaften Bewerbers von Frl. Bautner. Aber der größere Teil der wirklichkeitfremden Wahnvorstellungen wird erst durch andere Elementarstörungen dem Verständnis erschlossen. Für einen Teil der befremdlichen Wahnvorstellungen haben die Sinnestäuschungen diese Bedeutung.

Illusionen, diese Zwischengebilde zwischen Mißdeutungen und Halluzinationen, fehlen bei keinem Kranken. Es handelt sich stets um Illusionen im Sinne der von den krankhaften Affekten betonten Vorstellungen.



Frau Vollnhals verkennt einen im Garten vorbeigehenden Arbeiter für ihren Mann, sie erkennt aus Gesprächen auf dem Gang und im Nebenzimmer die Stimme des Mannes, ein Liedchen, das eine Pflegerin draußen trällert, illusioniert sie als ein „Ehebruchslied“. Das ist eines der vielen Beispiele, die auf der Grenze zwischen Mißdeutung und Illusion stehen. Frl. Bautner sieht durchs Schlüsselloch ihren „Major“ eines Sonntagmorgens zum Besuch kommen; die Pflegerin, die behauptet, daß der Besucher der Bruder einer anderen Patientin sei, ist eine gemeine, bestochene Lügnerin. Die Mißdeutungen, die Brandmaier, Frl. Mayer, Frl. Bogner ihren wirklichen, körperlichen Beschwerden geben, haben einen deutlich illusionären Anstrich (Knie versulzt, Nerven von oben nach unten geschoben u. ä. bei Brandmaier). Die stabilen Personenverkennungen der Frau Müller (Verkennungen der Personen der Umgebung als Verwandte und früher Bekannte) sind illusionären Charakters.

Auch an der so befremdlichen Behauptung einiger Kranker, daß — zum Teil längst verstorbene — Verwandte sich hier in der Klinik aufhalten bzw. noch leben, sind Illusionen nach Art der von Frau Vollnhals, Frl. Bautner und Frau Müller angeführten Beispiele beteiligt. Größere Bedeutung für diese wahnhaften Annahmen haben allerdings die Halluzinationen.

Echte Halluzinationen finden sich nur bei der Hälfte der Kranken: Frl. Jourdan, Frl. Schwarz, Frau Gnad, Frl. Bogner und Frau Müller.

Einzelne Halluzinationen hatte vielleicht auch Frau Mayer: sie hörte z. B. während eines Aufenthaltes in Würzburg ihre in Nürnberg befindliche Tochter schreien, hörte zu anderen Malen vor der Gangtür Männerstimmen, hörte einen Schuß auf sich abgeben. Aber die Kranke mißdeutet und illusioniert so lebhaft und hat so zahlreiche Erinnerungsfälschungen, daß aus den Angaben der Kranken selbst über frühere etwa als Halluzinationen aufzufassende krankhafte Erlebnisse keine bindenden Schlüsse gezogen werden können. Während ihres Aufenthaltes in der Klinik wurden echte Halluzinationen nie beobachtet.

Die Illusionen finden sich wie die Mißdeutungen vornehmlich auf optischem Gebiet und auf dem der Körperempfindungen, d. h. auf dem Sinnesgebiet, dem die Aufmerksamkeit des Menschen überhaupt in erster Linie zugewendet ist — die Sehempfindungen — und auf demjenigen, das durch die wirklichen körperlichen Leiden vieler unserer Kranken in den Vordergrund der Aufmerksamkeit geschoben wird. Die Verteilung der Illusionen entspricht also der normalen Verteilung der Aufmerksamkeit an die Wahrnehmungen. Ganz anders die Halluzinationen: sie sind fast ausschließlich Gehörs-



täuschungen. Sichere hypochondrische Sensationen finden sich nur bei Frau Gnad, nicht ganz sicher auch im akuten Anfangsstadium von Frl. Schwarz. Optische Halluzinationen nur bei Frl. Schwarz und ganz spärlich, nicht sicher, bei Frl. Jourdan, bei beiden nur im akuten Anfangsstadium. Wir können diesen Unterschied zwischen Illusionen auf der einen, Halluzinationen auf der anderen Seite auch so ausdrücken: Die Illusionen folgen Gesetzmäßigkeiten, die wir auch bei den Wahrnehmungen finden, und teilen dieselben mit den Mißdeutungen; sie finden sich besonders auf dem für die Wahrnehmungen — allgemein oder individuell — hauptsächlich wichtigen Sinnesgebieten. Die Halluzinationen folgen den Gesetzmäßigkeiten der Denkvorgänge und finden sich fast ausschließlich auf dem mit den Denkvorgängen aufs engste verknüpften Gebiete der Gehörsempfindungen. Unsere Kranken entfernen sich daher — so krankhaft das Halluzinieren an sich auch ist — doch nicht so weit vom normalen seelischen Geschehen, wie z. B. die paranoiden Defektpsychosen, deren Halluzinationen oft ganz überwiegend Körpersensationen und optische Halluzinationen sind. Sehr bemerkenswert ist, daß die einzige von Sensationen geplagte Frau Gnad trotz ihrer starken Eifersucht und trotz ihrer sexuell-beschimpfenden Stimmen genitale Sensationen nicht hat, sehr im Gegensatze zu den paranoiden Defektpsychosen mit ihren häufigen genitalen Sensationen. Auch unter den hypochondrischen Illusionen spielen sexuelle Mißempfindungen nur eine untergeordnete Rolle (z. B. Frl. Bogner, die eine wunde Stelle an einer Schamlippe hatte und sich syphilitisch infiziert wähnte). Worauf es beruht, daß die eine Kranke halluziniert, die andere nicht, wird später noch zu überlegen sein, jedenfalls ändert sich mit dem Vorkommen von Halluzinationen nichts an dem Grundwesen der Erkrankung. Wir finden Halluzinationen sowohl bei den Kranken, die nur Verfolgungsideen haben, wie bei denen, die auch an Größenvorstellungen leiden. Nur zur Affektlage scheint eine gewisse Beziehung zu bestehen, indem die Halluzinationen in affektvolleren Zeiten (im Beginn und bei gelegentlichen Verschlimmerungen) sich häufen — hier kann es vorübergehend zu einem der Trinkerhalluzinose ähnlichen Bilde kommen (Frl. Schwarz) —, und indem sich bei halluzinierenden Kranken vorwiegend Affekte der Angst und des Zorns finden (Jourdan, Schwarz, Gnad). Eine interessante Abhängigkeit besteht bei Frau Müller zwischen dem



Auftreten von Halluzinationen und der Entspannung der Aufmerksamkeit: wenn Pat. mit Handarbeiten beschäftigt ist und ihren Gedanken freien Lauf läßt, halluziniert sie stark; wenn man mit ihr spricht, hören die Stimmen auf, um sofort wieder aufzutreten, wenn in einer Gesprächspause die Anspannung der Aufmerksamkeit bei der Kranken nachläßt.

Der Inhalt der Halluzinationen, vornehmlich der Gehörstäuschungen, entspricht den eigenen Gedanken der Kranken. Zum Teil — besonders in stationären, weniger affektvollen Zuständen (Frl. Schwarz, Frau Müller, Frl. Bogner) — handelt es sich um das sog. Gedankenlautwerden. Bei Frau Müller erscheinen die Stimmen als Bestätigungen und Wiederholungen eigener Gedanken („Siehst, der Herr Pfarrer sagt es auch!"). Im übrigen, vornehmlich in den Anfangsstadien und überhaupt bei den mit erregten Affekten einhergehenden Erkrankungen (Jourdan, Schwarz, Gnad), sind die Halluzinationen mehr sinnliche Einkleidungen der Wahnvorstellungen (Beschimpfungen, Bedrohungen, meist sexueller Art). Dem Frl. Schwarz, das auch sexuelle Beschimpfungen hörte, werden sexuelle Situationen visionär vorgeführt. Die Sensationen der Frau Gnad haben nur den einfachen Sinn der Belästigung (Anspritzungen, Herunterlassen von Spinnen und ähnlichem Getier).

Die Halluzinationen, die inhaltlich so weitgehend vom wahnhaften Denken und den krankhaften Affekten abhängig sind, führen der Wahnbildung rückwirkend Material zu und machen einen Teil der befremdlichen Wahnvorstellungen als Erklärungsideen zu Halluzinationen verständlich: Der Mann, die Kinder, die Eltern und andere den Kranken nahestehende und in sein wahnhaftes Denken verwobene Personen müssen auch in der Klinik sein; sie werden wohl ebenso festgehalten und belästigt wie die Kranke selbst; dieser Gedanke liegt ja so nahe — und schon hört die Kranke auch ihre Kinder und Enkel schreien, hört rufen, ihre Tochter sei eine Hure geworden, das, was man der Kranken selbst immer vorwirft.

Die Verfolgerin, deren Stimme Frl. Jourdan Tag und Nacht hört, muß im Garten stehen. Trotzdem die Kranke die Unwahrscheinlichkeit, den Widersinn solcher Behauptung sehr wohl einsieht, kann sie sich gegenüber der überzeugenden Macht der Sinnestäuschungen



und einmal eingefangen in ihre verfolgungswahnsinnige Denkrichtung nicht anders helfen. Längst Verstorbene, bei deren Beerdigung die Kranken zugegen waren, leben ihrer Überzeugung nach noch; die Beerdigung war eine Komödie. So ungeheuerlich diese Annahme klingt, nicht diese Erklärung ist das Krankhafte, sondern die Halluzination. Frl. Bogner hörte die Stimme des Mannes, in den sie verliebt war, und die ihrer Nebenbuhlerin in jeder Wohnung, wohin sie auch zog. Das ist das Abnorme, nicht aber, daß sie nun annahm, die beiden Personen zögen ihr überall nach und hausten bald in einem Keller, bald auf einem Heuboden in der Nachbarschaft. Als die Stimmen schwächer wurden und nur mehr aus der Luft tönten, vermutete Pat. folgerichtig, daß ihr Feind in die Luft geflogen sei und nun aus der Luft plaudere. Den Aberglauben an Hellseher und Magnetiseure, die übernatürliche Fähigkeiten besitzen, hat Pat. — wie viele Menschen — ja sowieso. Das nicht weniger abergläubische Frl. Schwarz ist überzeugt, daß sie einer Hexenbande in die Hände gefallen sei, die ihr die nackte Geschichte wie auf einem Theater vorspielten. Sie und andere Kranke (Bogner, Müller) schließen aus dem Gedankenlautwerden, daß ihre Gedanken von ihren Feinden gewußt werden, aber keine behauptet, daß ihr Denken und Handeln unter fremder Beeinflussung stehe. Auch das unterscheidet unsere Kranken von paranoiden Defektpsychosen.

4. Weitere Krankheitszeichen, die auch für die Wahnbildung von Bedeutung sind, liegen auf dem Gebiete der Denkvorgänge. Das Denken aller unserer Kranken ist gekennzeichnet durch eine eigenartige Verbindung von Ausfallsymptomen mit Erscheinungen von Funktionssteigerung. Die Ausfallsymptome bestehen in einer Erschwerung des Denkens gemäß bestimmten Denkaufgaben: die Kranken erscheinen unproduktiv, es fallen ihnen die der jeweiligen Aufgabe entsprechenden Vorstellungen nicht ein (vgl. das Aufzählenlassen von Vorstellungen bestimmter Gattung). Schon beim einfachen Assoziieren macht sich diese geringe Produktivität geltend. Bei der Erklärung von Abbildungen werden wichtige, für die Auffassung des dargestellten Vorgangs maßgebende Einzelheiten — manchmal auch bei besonderem Hinweis — nicht beachtet. Die Kranken begnügen sich zum Teil mit unzureichenden Antworten, die geistige Initiative

ist vermindert. Einmal angeregte Vorstellungen und Denkrichtungen zeigen eine Neigung zum Verharren: beim Assoziieren überwiegen diejenigen Reaktionen, in denen das Reizwort (bzw. sein Begriff) wiederkehrt (definiert, umschrieben, prädikativ bestimmt, einfach wiederholt wird), bedeutend über diejenigen, in denen der Kranke auf einen vom Reizwort verschiedenen Begriff fortschreitet (Überwiegen der „verharrenden" über die „fortschreitenden" Assoziationen). Bei einigen Kranken tritt im Fortgange der Assoziationsprüfung ausgesprochene Perseveration auf. Bei anderen zeigt sich die Neigung, wenn auch nicht mit demselben Worte, so doch in der einmal benutzten Denkform zu reagieren (z. B. im Sinne von Definitionen oder mit der Wendung „das ist zum . . . . ." usf.). Entsprechend diesen experimentell nachweisbaren Ausfallerscheinungen ist auch die freie Gedankentätigkeit der Kranken einförmig, von einzelnen, wahnhaften Gedankenkomplexen, die zähe festgehalten werden, beherrscht. Über was man mit den Kranken reden mag, sie finden von überall den Weg zu ihren Klagen, Anschuldigungen und Begehrungen. Sie können hundertmal ihre wahnhaften Erlebnisse erzählen, ohne zu bemerken, daß jedermann dieser Romane längst überdrüssig geworden ist. Sie erzählen ihre Erlebnisse (vgl. Frl. Schwarz!) mit immer denselben Einzelheiten, ja mehr oder weniger mit denselben Worten. Sie sind — einmal auf diesem Thema angelangt — nur mit größter Mühe auf etwas anderes zu bringen, wie es überhaupt schon im freien Gespräch auffällt, daß sich ihre Aufmerksamkeit schwer umschalten läßt. Tage- und wochenlang kommen die Kranken von zufälligen unangenehmen Ereignissen, z. B. einem wirklichen oder vermeintlichen Versehen der Pflegerin, nicht los. Sie lassen keine Visite vorübergehen, ohne sich immer und immer wieder über dasselbe zu beklagen.

Diese Ausfallerscheinungen auf dem Gebiete der Denkvorgänge sind um so merkwürdiger, als die meisten Kranken bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck großer geistiger Regsamkeit machen. Sie erzählen ihre krankhaften Erlebnisse mit großer Ausführlichkeit und Weitschweifigkeit, zum Teil mit deutlichen ideenflüchtigen Erscheinungen. Doch zeigt sich die ideenflüchtige Mehrleistung an Gedanken nicht beim Denken nach gestellten Aufgaben, sondern nur beim freien Lauf der Gedanken, der sich Ziel und Richtung selbst bestimmt. Sogar beim Assoziieren, das doch dem freien Einfall



weitesten Spielraum läßt, reagieren die Kranken nicht hyperproduktiv-ideenflüchtig, sondern unproduktiv-einförmig-perseveratorisch. Allerdings fügen sie oft an die Reaktion nachträglich noch allerhand ideenflüchtige Zutaten an, sich dem Spiel ihrer Phantasie überlassend. Übrigens tritt auch in diesem „Weiterschweifen" [1]) das Ideenflüchtig-fortschreitende zurück gegenüber der Wiederholung derselben Vorstellungen und Gedanken in wechselnden Einkleidungen und Worten. Aber auch im freien Ablauf der Denkvorgänge dominiert die Einförmigkeit über die Neigung zu ideenflüchtiger Mehrleistung — derart, daß auch im spontanen Denken ein Haften an einzelnen, einförmig abgewandelten Vorstellungskreisen hervortritt, die dann mit großer Breite und bei manchen Kranken mit ideenflüchtigen Abschweifungen entwickelt werden.

Diese zusammengesetzte Denkstörung ist wohl zu unterscheiden von der einfachen Ideenflucht, bei der ja auch ein Überschuß an Vorstellungen produziert wird, während es den Kranken schwerfällt, Vorstellungen gemäß bestimmten Aufgaben hervorzurufen. Bei der Ideenflucht scheint diese Erschwerung (Schwächung der determinierenden Tendenzen im Sinne von *Isserlin* und *Ach*) aber mehr Ausdruck einer Ablenkung durch die sich in krankhafter Menge und Intensität aufdrängenden „Nebenvorstellungen" als eine wirkliche Ausfallerscheinung zu sein. Der Ideenflüchtige vermag gelegentlich die Denkaufgaben, von denen er so oft „ideenflüchtig" abgleitet, doch richtig — und dann oft spielend — zu lösen. Anders unsere Kranken; sie sind auch bei angespannter Aufmerksamkeit, ohne durch dazwischentretende Nebenvorstellungen beirrt zu werden, unproduktiv, unbeholfen und einförmig bzw. perseveratorisch. Der Ausfall ist hier primär, nicht erst sekundär durch die an Ideenflucht erinnernde Mehrleistung bedingt, die nur neben den Ausfallerscheinungen herläuft.

Diese Denkstörung erinnert an die inhaltlich arme und einförmige Geschwätzigkeit mancher Senilen sowie an die epileptische „Umständlichkeit", in der auch Unproduktivität und Perseveration mit ideenflüchtigen Elementen verknüpft sind. Außerdem findet sich Ähnliches in gewissen atypischen Formen und Mischzuständen des manisch-melancholischen Irreseins, worauf ich noch zurückkomme.

[1]) *Isserlin*, Psychol. Untersuchungen von Manisch-Depressiven. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 22, 1907.



Ist diese Denkstörung nun nicht eine Erscheinung von Demenz? Eine Verminderung der Verstandesleistungen bedeutet sie doch jedenfalls. M. E. kann sie es sein, sie muß es aber nicht. Ebensowenig wie die Denkstörung der Melancholischen, mit der diese Denkstörung offenbar nahe verwandt ist, eine Ausdruck von Demenz ist. Es wäre nur dann berechtigt, hier von Demenz zu reden, wenn andere sichere Erscheinungen von Demenz (z. B. Merkstörung, Ausfall von Wissen) bei unseren Kranken beständen. Das ist mit einigen gleich zu erwähnenden Ausnahmen nicht der Fall. Bei einigen Kranken sind nach jahrelangem Bestehen der Krankheit Anzeichen arteriosklerotischer bzw. seniler Demenz hinzugetreten: die deutlichsten bei Brandmaier, eine nur geringe Schwäche der Merkfähigkeit bei Vollnhals und Bogner.

Das Denken unserer Kranken ist also, kurz ausgedrückt, gekennzeichnet durch eine Verbindung von Denkhemmung und Haften mit Ideenflucht. Die Denkstörung ist ebenso wie die Affektlage nichts Einfaches, sondern etwas Zusammengesetztes. Und wie in der Affektmischung zahlreiche verschiedene Mischungsverhältnisse und dementsprechend mannigfache Tönungen der Stimmung vorkommen, so ist auch das Denken nicht bei allen Kranken aus gleichen Stärkegraden von Ideenflucht und Denkhemmung mit Haften zusammengesetzt.

In etwa gleichem und mäßigem Grade sind die beiden gegensätzlichen Erscheinungen bei Frl. Schwarz, Frl. Jourdan, Frau Gnad und Frau Hörmann ausgebildet. Erheblichere Grade sowohl von Denkhemmung mit Haften wie von ideenflüchtiger Mehrleistung finden sich bei Frl. Bautner und Frau Vollnhals. Bei Frau Müller und bei Brandmaier überwiegt dagegen die Unproduktivität und Perseveration wesentlich über die ideenflüchtigen Bestandteile. Das Umgekehrte ist bei Frl. Bogner und noch mehr bei Frau Mayer der Fall. Das Gesagte gilt für Frau Gnad und Frau Vollnhals nur mit Vorbehalt, da erstere schon vor $^3/_4$ Jahren entlassen worden ist, bevor ich ihre Denkvorgänge planmäßig untersucht hatte; Frau Vollnhals widersetzte sich einer genaueren, experimentellen Untersuchung. Die Beurteilung der Denkvorgänge einiger Kranken ist ferner dadurch erschwert, daß Frl. Jourdan in leichtem Grade angeboren schwachsinnig ist, und daß sich bei Brandmaier, deutlicher bei Frau Vollnhals und Frl. Bogner geringe Grade arteriosklerotischer (vielleicht dabei auch seniler) Demenz entwickelt haben. Von den beiden letzteren wissen wir jedoch, daß die wesentlichen Züge ihrer Denkstörung



schon zu einer Zeit bestanden, als von arteriosklerotischer oder seniler Demenz noch nichts zu bemerken war.

Daß die eigenartige Denkstörung unserer Kranken auf die Wahnbildung einen sehr bedeutenden Einfluß hat, geht aus dem Gesagten schon hervor, insofern als die Einförmigkeit und das starre Festhalten an gewissen Wahnvorstellungen nur als die Äußerung einer allgemeinen Eigentümlichkeit des Denkens auf dem besonderen Gebiete des wahnhaften Denkens erscheint. Das erklärt auch, weshalb die Halluzinationen, die einmal als Stimmen von Angehörigen aufgetreten sind, diesen Charakter beibehalten, auch wenn Mann oder Kinder — wie die Kranken erfahren haben — längst gestorben sind. Sogar die Tatsache, daß die Kranken bei der Beerdigung des Betreffenden zugegen waren, vermag nichts gegen die starre Fixierung des wahnhaften Gedankens. Wir finden denn auch die stärkste Ausprägung von Wahnvorstellungen verharrenden Charakters bei Frau Müller, der Kranken, die auch bei den Denkprüfungen die stärkste Perseveration zeigte. Frau Müller negiert in ihrem wahnhaften Denken überhaupt fast alle Veränderungen, die sich im Laufe der Jahre in ihrer Umgebung vollzogen haben: die früheren Ärzte sind noch alle da, die junge Frau eines Oberarztes ist nicht gestorben usf. — übrigens, ohne daß Frau Müller etwa die Stimmen aller dieser Personen halluzinierte. Überall stoßen wir bei ihr auf dies Haften an einmal angenommenen Denkgewohnheiten. Die Denkhemmung und das Haften ist es auch zweifellos, was der Wahnbildung der meisten unserer Kranken so enge Grenzen zieht, und was die einmal vollzogenen Verknüpfungen unter den Wahnvorstellungen — das „System" — dauernd bestehen läßt. Die dürftigste Wahnbildung hat Frl. Jourdan, bei der noch der angeborene Schwachsinn hinzukommt.

Und wieder sind die Kranken, die hiervon eine Ausnahme machen, bei denen die Wahnbildung üppiger wuchert, Mißdeutungen und besonders Erinnerungsfälschungen reichlich gedeihen, die Kombinationen oberflächlicher sind und ein stärkerer Wechsel der Wahnvorstellungen statthat, ein festes System nicht zustande kommt — diejenigen, die bei der näheren Prüfung ihrer Denkvorgänge das ideenflüchtige Element stärker hervortreten lassen: Frau Vollnhals, mehr noch Frl. Bogner, besonders aber Frl. Bautner und Frau Mayer. Das Aben-

teuerliche, in gewissen Grenzen Wechselnde und zum Teil Widerspruchvolle in der Wahnbildung dieser Kranken findet so eine Erklärung, ohne daß wir einen Bewußtseinszerfall, für den sich ja sonst kein Anhalt findet, anzunehmen brauchten.

5. Das motorische und sprachliche Verhalten der Kranken steht im engsten Zusammenhang mit der Affektlage und der Gedankentätigkeit. Rededrang und Bewegungsunruhe finden sich in den häufigen Affektausbrüchen, ein gesteigertes Mitteilungs- und Betätigungsbedürfnis bei den Kranken mit durchschnittlich heiter gehobener Stimmungslage und bei solchen, in deren Denken die ideenflüchtige Anregung überwiegt (Mayer, Schwarz). Da sich angeregte Gedankentätigkeit und gehobene Stimmungslage aber nicht immer zusammenfinden, bietet z. B. Frl. Bautner, die mehr verdrossen-Gereizte, trotz ihrer lebhaften Phantasie eher eine Einschränkung der motorisch-sprachlichen Leistungen. Brandmaier ist äußerlich wenig regsam — entsprechend seiner mehr gedrückt-widerwilligen Verstimmung. Wahrscheinlich spielen bei Brandmaier auch die ständigen körperlichen Mißempfindungen, denen seine Aufmerksamkeit und sein illusionär-mißdeutendes Denken dauernd zugewandt ist, eine bewegungshemmende Rolle. Den Kranken Jourdan und Gnad lassen die Halluzinationen keine Ruhe; diese Frauen sind daher nicht imstande, ihre Aufmerksamkeit genügend lange auf eine geordnete Tätigkeit zu richten. Frau Hörmann war lange Zeit durch die eigenartige Fesselung ihrer Aufmerksamkeit — durch ihr „Schauen" — von einer nutzbringenden Beschäftigung abgehalten. Im übrigen sind unsere Kranken tätig, die Frauen sorgen für ihre Kleidung und Wäsche, beschäftigen sich mit Haus-, Flick- und Handarbeit. Die alte Frau Müller läßt keinen Geburtstag ihrer Enkelinnen vorübergehen, ohne mit einer sauber und kunstvoll gefertigten Handarbeit zur Stelle zu sein.

Nirgends tritt eine Inkongruenz zwischen Beweglichkeit auf der einen, Denken und Affekten auf der anderen Seite zutage; selbständige psychomotorische (katatonische) Bewegungsphänomene fehlen — mit der einen Ausnahme der Frau Müller, deren halb zwangmäßiges, halb unwillkürliches Aussprechen einzelner Worte (Wiederholen der letzten Worte, Einschieben und Anhängen von Flickworten und Ausrufen) jedenfalls als verselbständigte sprachlich-psychomotorische

Leistung betrachtet werden muß. Dies Symptom allein kann mich nicht bestimmen, den Fall als wesensverschieden von den übrigen anzusehen und ihn etwa als „Spätkatatonie“ aufzufassen.

Agrammatische Störungen und Wortneubildungen sind ebenfalls nicht nachzuweisen. Einzelne Kranke haben für ihre krankhaften Erlebnisse kurze Ausdrücke; Hörmann: Schauen, Schaufrau, Schauherr; Schwarz: Schießdrohung, nackte Geschichte, eine Nachbarin hat ihr ein „Fläschle“, ein andermal „Schlüssel gelegt“. Frl. Bogner sollte „präparatisch gerichtet“ werden, um in einem Zirkus aufzutreten. Man wird nicht behaupten können, daß in diesen stehenden Ausdrücken sich eine spezifische Störung des sprachlichen Ausdrucks kundgäbe von der Art, wie sie bei paranoiden Defektpsychosen und Schizophrenen häufig ist.

Wenn wir am Ende der Symptomenanalyse auf unseren Ausgangpunkt, die zum Teil so wirklichkeitfremden Wahnvorstellungen zurückblicken, bleibt uns nur noch übrig, kurz auf die nicht selbst krankhaften Momente hinzuweisen, die in den Wahngebilden enthalten sind. Manche befremdliche Wahnvorstellung entlehnt ihre abenteuerliche Gestalt gar nicht irgendwelchen krankhaften Erscheinungen, sondern den der jeweiligen Person eigenen „physiologischen“ Anschauungen und Lebenserfahrungen.

Zunächst der Aberglaube. Für Frl. Schwarz, eine von Haus aus bigotte, abergläubische Person, ist die Überzeugung, daß es Hexen und Druden gebe, durchaus „physiologisch“. Es gibt nach ihrer Überzeugung eben Menschen, die zaubern können; solche kommen ja auch hier in die Anstalt und geben Vorstellungen im Festsaal. Erlebt sie nun Dinge, die sie mit ihren übrigen Lebenserfahrungen nicht auf gewöhnliche Weise zur Deckung bringen kann (die Halluzinationen), so ist es für sie nichts Krankhaftes, wenn sie diese Erlebnisse auf „Zauberei wie im Schichteltheater“ zurückführt. Ähnliches gilt für Frl. Bogner, die schon immer an Hellseher glaubte, und für Frau Hörmann, die schon früher überzeugt war, daß manche Menschen „etwas könnten“, und die sich bei Beginn ihrer Krankheit hypnotisiert fühlte. Frl. Bautner hat schon immer an Ahnungen und Traumbedeutungen geglaubt. Auch

ihrem Vater, der wie sie abergläubisch war, hatte eine Zigeunerin die Zahl seiner Kinder vorausgesagt. Was wunder, daß ihr nun auch in der Krankheit, in der sie ja infolge ihres Argwohns, ihrer erotischen Hoffnungen und Erbschaftsvermutungen so viel mehr Auffälliges um sich herum beobachtet, die Träume erst recht Böses und Gutes voraussagen.

Wissen und Können der Ärzte erscheint vielen, besonders ungebildeten Menschen, als etwas Geheimnisvolles, von Zauberei nicht weit Entferntes. Hypnotisiert, durch Nahrung und Medikamente vergiftet, durch geheimnisvolle Apparate elektrisiert zu werden — diese Erklärungsideen haben an sich nichts Krankhaftes; auch nicht die Behauptung Brandmaiers, der eine auf Bulbärapoplexie beruhende Fazialislähmung hat, daß der erstbehandelnde Arzt seine Nerven auf eine B. selbst nicht näher verständliche Weise durcheinander gebracht habe.

An zweiter Stelle kommen Vorurteile und unklare Anschauungen auf religiösem, politischem und sozialem Gebiet in Betracht. Ein Adeliger und zugleich Norddeutscher ist es, auf den Frau Mayer ihre Verfolgungen zurückführt. Eine in Mischehe lebende protestantische Frau, deren Kinder in der protestantischen Konfession erzogen worden sind, glaubt sich von der katholischen Geistlichkeit verfolgt.

Besonders wichtig sind jedoch gefühlsstarke Erlebnisse und Erinnerungen. Die Mutter von Frl. Bautner, eine geborene Randon, stammt tatsächlich aus einer französischen Emigrantenfamilie, und es war Familienüberlieferung, daß Verwandte in Frankreich in hohen Stellungen und großem Vermögen säßen. Ein Marschall Randon scheint wirklich 1870 gestorben oder gefallen zu sein. Der Vater der Pat. hat schon einen Prozeß um die Erbschaft dieses Marschalls geführt. Es ist nur natürlich, daß die B. im Beginne ihrer Erkrankung sich dieser seit 30 Jahren in ihr ruhenden Erbschaftsgeschichte erinnert und dieselbe weiter wahnhaft ausgestaltet. Bei Frau Mayer wurde die Erbschaftsidee durch die Besuche eines weitläufig verwandten Missionars geweckt, der Stammbaumforschungen anstellte und bei der schon kranken Frau, die noch dazu kurz vorher einen großen Teil ihres Vermögens durch den Zusammenbruch eines Bankhauses verloren hatte, die Hoffnung erregte, sie



könnte durch Beerbung von entfernten Verwandten zu Gelde kommen.

Nicht weniger als 7 von den 10 Kranken sind alleinstehende Frauen (4 Unverheiratete, 1 Witwe, 2 vom Manne verlassene Frauen). Sie teilen mit den geistesgesunden Frauen in gleicher Lage alle Sorgen um die persönliche Sicherheit, um die Geschlechtsehre, den Besitz und eventuell um die Kinder. Bei Frl. Schwarz tritt die Sorge um das Vermögen in den Vordergrund — sehr verständlich, da die alleinstehende alte Jungfer ein Haus und ein nicht unbeträchtliches Barvermögen besitzt.

Einen breiten Raum nehmen unter den affektvollen, wahnhaft verarbeiteten Erlebnissen bei allen Kranken Streitigkeiten mit den Hausgenossen, den Mietern und Vermietern, den Mitbewohnern der Versorgungshäuser ein. Kein Zweifel, daß in den Klagen der Kranken oft genug ein wahrer Kern enthalten ist.

Die in höheren Jahren abnehmende Arbeitsfähigkeit ist weiterhin ein vielfach wirksames, affektvolles Ereignis, das im Verein mit dem bestehenden Mißtrauen leicht zur Vorstellung führt, die Kranken würden aus ihren Stellungen gebracht.

Die so häufigen sexuellen Wahnvorstellungen knüpfen oft an wirkliche Erlebnisse auf dem Gebiete des Geschlechtslebens an.

Da ist vor allem Frau Vollnhals, die immer schon lüstern war, mit 52 Jahren ein zweites Mal heiratet und unmittelbar danach mit Eifersucht und Mißtrauen erkrankt. Brandmaiers einer Sohn ist gegen den Willen des Vaters Kellner geworden und wurde von der Mutter unterstützt. In der Krankheit beschuldigt B. Frau und Sohn der geschlechtlichen Beziehungen. Der Mann der seit ihrer Krankheit eifersüchtigen Frau Gnad war Trinker und führte ein Faullenzerleben.

Bei den Alleinstehenden (Ledigen, Verwitweten, Verlassenen) ist mindestens das eine sexuelle Erlebnis gegeben, daß eine sexuelle Befriedigung entweder überhaupt nicht oder nur in unvollkommenem Maße stattgefunden hat.

Überhaupt wären hier die Beziehungen zu nennen, die von der früheren Persönlichkeit der Kranken zu ihrer Krankheit und zum Inhalt ihrer Wahngebilde hinüberführen. Ich möchte das aber für eine spätere Stelle aufsparen, da dies mit der später zu erörternden Frage nach dem Wesen der Krankheit eng zusammenhängt.



Zusammenfassung:

An den Zustandbildern unserer Kranken lassen sich folgende Elementarstörungen unterscheiden:

1. Die affektive Veränderung im Sinne des in mannigfachen Nüancen erscheinenden „paranoischen" Mischaffektes, dessen bezeichnendste Ausprägung der Affekt des Mißtrauens ist,

2. die Mißdeutungen, Illusionen und Erinnerungsfälschungen in der Richtung der herrschenden Affekte,

3. die Halluzinationen (Gehörstäuschungen, in einem Falle auch hypochondrische Sensationen),

4. eine eigenartige Denkstörung, die sich als eine Verbindung von Denkhemmung und Haften mit Ideenflucht darstellt.

Die Wahnbildung ist das Ergebnis des Zusammenwirkens jeweils mehrerer dieser Elementarerscheinungen, zu denen noch Denkgewohnheiten und gefühlsstarke Vorstellungen hinzutreten. Demenz und inhaltliche Verwirrtheit (Bewußtseinszerfall) sind nicht nachzuweisen und müssen auch nicht zur Erklärung der Wahngebilde postuliert werden.

Die Verschiedenheiten, die zwischen den einzelnen Fällen hinsichtlich der Richtung und des Inhalts der Wahnbildung herrschen, beruhen auf der jeweils verschiedenen Affektmischung (bei depressiv-mißtrauischer Stimmung vorwiegend Verfolgungsideen, bei zornig-expansiver Affektlage mehr Größenideen), auf der wechselnden Beteiligung von Halluzinationen und auf der verschiedenen Gestaltung der Denkstörung in jedem einzelnen Falle. Je mehr Halluzinationen, Erinnerungstäuschungen, Ideenflucht oder perseveratorische Züge hervortreten, desto wirklichkeitfremder werden die Wahnvorstellungen.

Die ganze Erkrankung stellt sich symptomatologisch dar als eine in einer gewissen Zeit sich vollziehende und weiterhin stationär bleibende qualitative Abartung, nicht als ein Ausfall bestimmter Leistungen.

II. Verlauf und andere Eigentümlichkeiten der Erkrankung.

Die Krankheit ist bei Frauen ungleich häufiger als bei Männern (1 Mann unter den 10 hier veröffentlichten Fällen).



Der B e g i n n d e r E r k r a n k u n g fällt bei 8 Frauen in das 40. bis 52. Lebensjahr. Wann bei Frau Mayer die ersten Krankheitszeichen aufgetreten sind, war nicht genau zu bestimmen, denn die Erkrankung wuchs bei dieser Pat. ganz allmählich aus der schon immer abnormen Persönlichkeit heraus. Jedenfalls begann die Krankheit relativ früh und verschlimmerte sich seit dem 50. bis 52. Jahre. Bei dem einzigen Manne liegt das Erkrankungsalter höher: im 54. Jahre.

6 Patientinnen erkranken in den dem endgültigen A u s b l e i b e n d e r M e n s e s unmittelbar voraufgehenden Jahren: Hörmann 5, Vollnhals und Schwarz 3, Gnad 2, Bautner 1 Jahr vor der Cessatio mensium. Frl. Jourdan, bei der die ersten Symptome vor ungefähr 3 Jahren bemerkt wurden, ist noch menstruiert. Bei Frl. Schwarz bestanden zurzeit der ersten Krankheitssymptome sicher schon klimakterische Erscheinungen (unregelmäßige Menses, klimakterische Beschwerden); das erste psychotische Erlebnis traf sogar in eine Menstruation. Frl. Bogner erkrankte 1 Jahr nach der operativ — Kastration — herbeigeführten Menopause. Von Frau Müller wissen wir nur, daß der Beginn der Erkrankung in die Wechseljahre fiel. Frau Mayer, deren Krankheitsbeginn nicht genau fixiert werden kann, verlor schon mit 39 Jahren die Periode.

Die K r a n k h e i t s h ö h e wird regelmäßig erst einige Monate bis mehrere Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome erreicht. Sie fällt in das 48. bis 60. Lebensjahr. Bei der Mehrzahl der Frauen liegt die Krankheitshöhe auch mehrere (5 bis 13) Jahre hinter der Cessatio mensium. Nur bei Frau Hörmann erreicht sie im gleichen Jahre, in dem die Menstruation aufhörte, ihren Höhepunkt, und bei Frl. Jourdan liegt der Höhepunkt der Erkrankung — soweit sich das bislang beurteilen läßt — vor dem Ausbleiben der Menses.

Allerdings ist die Bestimmung der Krankheitshöhe in manchen Fällen, besonders bei langsam ansteigendem Verlauf, unsicher. Vielfach kann die Krankheitshöhe nur aus dem Zeitpunkte der Anstaltsaufnahme erschlossen werden. Es ist aber klar, daß die Verbringung eines Kranken in die Anstalt auch noch von einer Reihe anderer Umstände bestimmt wird als von dem Grade der krankhaften Erscheinungen.

Der V e r l a u f d e r K r a n k h e i t b i s z u r K r a n k h e i t s h ö h e ist bald ein allmählich ansteigender (Vollnhals, Gnad,



Bogner, Mayer), bald setzt sich einem anfänglichen allmählichen Ansteigen der Störungen nach einigen Monaten oder Jahren akut oder subakut eine erhebliche Verschlimmerung auf (Brandmaier, Jourdan, Bautner, Hörmann). In 2 Fällen verläuft die Krankheit anfänglich unter wiederholtem akuten Ansteigen und Wiederabfallen der Störungen (Schwarz, Müller); leichtere Schwankungen des Verlaufs im ersten Abschnitt der Erkrankung finden sich auch bei Bogner.

Bei den Kranken, deren Psychose sich allmählich ansteigend entwickelte, bleibt die Krankheitskurve nach erreichtem Höhepunkt etwa auf gleicher Höhe. Unter den Kranken mit akutem Anstieg zur Krankheitshöhe ist eine (Frl. Schwarz), bei der nach etwa 3 Monaten ein erheblicher Nachlaß der Störungen, insbesondere eine Verminderung der Halluzinationen, eintrat. Auch die bei der Aufnahme bestehende starke Erregung des Frl. Bautner ließ in einigen Wochen nach. Bei Jourdan und Hörmann sind bis zu einer mäßigen Besserung etwa 2 Jahre vergangen. Soweit die weiblichen Kranken noch menstruiert waren, schwollen die Störungen zur Zeit der Menses regelmäßig an. Bei Frl. Jourdan schwankte die affektiv-halluzinatorische Erregung außerdem noch in unregelmäßiger Weise, indem Pat. wochen- und monatelang stärker und dann wieder weniger erregt war. Besonders auffällig ist Brandmaier, dessen Krankheitskurve sich bis in die letzte Zeit, in der die arteriosklerotische Demenz hinzutrat, durchschnittlich auf gleicher Höhe hielt, aber ganz periodisch alle 4 Wochen auftretende Verschlimmerungen von einigen Tagen Dauer aufwies. Abgesehen von solchen autochthonen Schwankungen beobachtet man bei allen Kranken, besonders bei Vollnhals und Mayer, auf besondere Anlässe hin (Verbringung in die Klinik, Entmündigung, Streit mit einer Pflegerin u. ä.) ein vorübergehendes Ansteigen der affektiven Erregung mit vermehrter Neigung zu Mißdeutungen und Erinnerungsfälschungen. Wenn die Kranken derartige reaktiv bedingte Episoden überwunden haben, sind sie oft für Tage oder Wochen in freierer Stimmung, als es durchschnittlich der Fall ist. Alle diese nach erreichter Krankheitshöhe eintretenden Schwankungen sind übrigens nicht erheblich; vor allem kommt es nie zu einer wesentlichen Besserung, im Grunde genommen bleibt der Krankheitszustand stationär.

Bei manchen Kranken ändert sich während des Ansteigens zur



Krankheitshöhe nicht nur die Intensität, sondern auch die Qualität der Krankheitserscheinungen in gewissem Umfange: es überwiegen dann im Beginn der Erkrankung, besonders während eines akuten Anstiegs der Krankheit, depressiv-ängstliche Regungen in dem den Kranken eigenen Mischaffekt. So bei Frl. Schwarz, die bei der akuten Verschlimmerung ihres Leidens im 56. Lebensjahre das Bild einer ängstlichen Halluzinose bot, ferner bei Frau Müller, die in den ersten Jahren ihres Leidens wiederholte Angstanfälle hatte und Selbstmordversuche machte. Auch bei Frau Gnad und bei Brandmaier kamen in der ersten Zeit der Erkrankung Suizidversuche vor. Frl. Jourdan hatte noch bis vor kurzem einen deutlich ängstlichen Einschlag in ihrer krankhaften Verstimmung. Es ist nicht unmöglich, daß ähnliche Beobachtungen der Lehre älterer Psychiater zugrunde liegen, nach denen die Melancholie des höheren Lebensalters häufig in Paranoia ausgehen sollte.

III. Das Wesen der Erkrankung.

1. Liegt der Involutionsparanoia ein organisch-destruktiver Gehirnprozeß zugrunde?

Die Krankheit beginnt in den Jahren der sexuellen Involution, bei den Frauen (vgl. bes. Frl. Schwarz) in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Klimakterium. Man wird daher zuerst daran denken, daß die Ursache des Leidens in den körperlichen Veränderungen enthalten sei, die durch das Aufhören der Funktionen der Sexualorgane bedingt werden. Da aber die Krankheit fast immer erst mehrere Jahre nach der Cessatio mensium ihre Höhe erreicht, ist es sehr möglich, daß noch andere, im höheren Lebensalter auftretende Veränderungen bei dieser Krankheit wirksam sind oder überhaupt ihre eigentliche Ursache bilden. In der Tat schließt sich bei Brandmaier die raschere Verschlimmerung des Leidens an eine Bulbärapoplexie an, und Brandmaier verfällt später in eine Demenz wahrscheinlich arteriosklerotischer Natur, während zwei andere Kranke — Vollnhals und Bogner — in späteren Jahren ihrer Erkrankung wenigstens eine geringe Herabsetzung der Merkfähigkeit aufweisen. Trotzdem kann die gesamte Erkrankung nicht als Äußerung einer arteriosklerotischen oder senilen Gehirnerkrankung aufgefaßt werden. Denn erstens sind bei den



genannten 3 Fällen die Zeichen von Demenz erst aufgetreten, nachdem die Krankheit bei Brandmaier ungefähr 20 Jahre, bei Frau Vollnhals 12 Jahre, bei Frl. Bogner 9 Jahre bestanden hat; zweitens sind Erscheinungen von Demenz bei den übrigen 6 Fällen bisher nicht beobachtet worden, obwohl die Krankheit bei Frau Müller 37 Jahre, bei Frau Gnad 18, bei Frl. Schwarz 16 Jahre lang dauert. Eine Krankheit aber als Äußerung seniler oder arteriosklerotischer Gehirnveränderungen aufzufassen, ohne daß bei derselben schon bald Symptome aufträten, die für senile und arteriosklerotische Veränderungen kennzeichnend sind (Merkschwäche, Orientierungsstörungen, Störungen der Erinnerung an Jüngstvergangenes, Ausfall an Wissen überhaupt, Herdsymptome) — das geht m. E. nicht an. Auch wenn man etwa annehmen wollte, daß es sich bei unseren Kranken um Frühformen seniler Demenz handelte — analog der von *Alzheimer* zuerst beschriebenen eigenartigen Erkrankung des höheren Lebensalters — müßte man erwarten, daß wie in *Alzheimer*s Fällen eine Verblödung einträte, was eben dem Wesen unserer Erkrankung fremd ist. Allerdings gibt es bekanntlich Fälle seniler und arteriosklerotischer Gehirnerkrankung, die mit paranoischen Zustandbildern beginnen. Und diese paranoischen Zustände stimmen mit unseren Kranken in mehreren wesentlichen Zügen überein. Wir finden auch bei dem sogenannten senilen Verfolgungswahn vorzugweise Eifersuchtsideen, Wahn der Beleidigung der Geschlechtsehre, die Vorstellung, bestohlen zu werden, die Mißdeutung wirklicher, körperlicher Beschwerden im Sinne der Beeinträchtigung. Aber die Wahnbildung ist bei den paranoisch beginnenden senilen bzw. arteriosklerotischen Demenzen dürftiger als bei der Mehrzahl unserer Fälle; die einzelnen Wahnvorstellungen wechseln öfter, und vor allem treten die Zeichen des Grundprozesses — Merkschwäche, Orientierungsstörungen, Herdsymptome u. a. — meist bald hervor. Wenn in seltenen Fällen die Zeichen des Grundprozesses einmal länger auf sich warten lassen, so wird es doch nie vorkommen, daß Jahrzehnte vergehen, ohne daß — wie bei einigen meiner Kranken — ein Defekt einträte. Ich glaube übrigens, daß bisher öfter paranoische Späterkrankungen mit Unrecht der senilen bzw. arteriosklerotischen Demenz zugerechnet wurden.

Wenn ich den präsenilen Beeinträchtigungswahn *Kraepelin*s im Anschlusse an die paranoischen Formen der



senilen und arteriosklerotischen Demenz erwähne, so geschieht das deshalb, weil man nach *Kraepelins* früherer Schilderung dieses Leidens annehmen mußte, daß auch der präsenile Beeinträchtigungswahn zu den Defektpsychosen gehöre. Es sollte sich im Verlaufe der Krankheit ein mäßiger Schwachsinn mit besonders hervortretender Urteilsschwäche entwickeln. Über diesen wesentlichen Punkt scheint *Kraepelin* seine Meinung allerdings geändert zu haben, denn in der 8. Auflage seines Lehrbuchs steht nichts mehr von Intelligenzdefekten, und in dem Vortrage vom Juli 1912[1]) heißt es ausdrücklich: „Eine Verblödung scheint trotz längerer Dauer des Leidens nicht zu erfolgen." Unter diesen Umständen ist es schwierig, sich ein klares Bild von der Erkrankung zu machen. Ich habe selbst noch keinen Fall beobachtet, auf den *Kraepelins* Schilderung zutreffen würde. Jedenfalls ist der präsenile Beeinträchtigungswahn aber nicht identisch mit der hier als Involutionsparanoia bezeichneten Erkrankung. Zwar ist die Affektlage bei *Kraepelins* Kranken offenbar der mißtrauischen Verstimmung meiner Fälle verwandt, auch kommt es beim präsenilen Beeinträchtigungswahn nicht zu einer inhaltlichen Verwirrtheit wie bei der Dementia paranoides, aber die Wahnvorstellungen sind viel flüchtiger als in meinen Fällen, sie wechseln oft, sie werden nie systematisiert, es sind ausschließlich depressive und Beeinträchtigungsideen, nie Größenideen. Sinnestäuschungen sollen im Gegensatze zur Involutionsparanoia nur ganz vereinzelt sein. Daß das Krankheitsbild der Involutionsparanoia sich mit dem präsenilen Beeinträchtigungswahn nicht deckt, geht auch daraus hervor, daß *K.* den präsenilen Beeinträchtigungswahn als eine sehr seltene Erkrankung bezeichnet, während ich hier allein 10 Fälle von Involutionsparanoia mitteilen kann, die ich in 3½ Jahren beobachtet habe. Einige weitere, in diese Gruppe gehörende Fälle werden demnächst in einer Dissertation veröffentlicht werden.

In dem einen Falle des Frl. Schwarz könnte daran gedacht werden, daß eine alkoholische Psychose vorliege. Pat. hat nachweislich in den letzten Jahren vor ihrer Erkrankung einen mäßigen Alkoholmißbrauch getrieben. Die initiale akute Krankheitsphase

[1]) *Kraepelin*, Über paranoische Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. XI, S. 616, 1912.

erinnert auch außerordentlich an das Bild einer akuten Halluzinose, und man wird nicht mit Sicherheit ausschließen können, daß der Alkoholmißbrauch auf die Symptomengestaltung dieser stürmischen Krankheitsphase einen Einfluß gehabt habe. Weiter kann die Bedeutung des Alkoholismus aber nicht gehen. Die Kranke behält nicht etwa nur einige unkorrigierte Wahnvorstellungen nach Ablauf der akuten Erscheinungen zurück, sondern sie halluziniert dauernd weiter, sie ist in ihrer Affektkonstitution für die Dauer schwer verändert, mißtrauisch und zornig reizbar und bei besonderen Anlässen sofort zu Mißdeutungen geneigt. Ich glaube im Gegenteil, daß manche bislang als chronische Alkoholparanoia aufgefaßte Erkrankungen eigentlich der Involutionsparanoia angehören, und verspreche mir einen Gewinn davon, wenn man einmal frühere und neue Beobachtungen von sog. chronischer Alkoholparanoia und von Eifersuchtswahn der Trinker unter dem Gesichtspunkte der Involutionsparanoia sichten würde [1]).

Drei Kranke (Hörmann, Bautner, Bogner) waren zu einer Blutentnahme bereit. Die *Wassermann*sche Reaktion im Blute war negativ. Das klinische Bild erweckt wohl bei keinem Falle den Verdacht einer luischen Gehirnerkrankung. Frl. Schwarz ist übrigens nach gynäkologischer Untersuchung virgo.

Es erhebt sich schließlich die Frage, ob der Involutionsparanoia überhaupt ein organischer Gehirnvorgang zugrunde liege bzw. nach allem, was wir von der Erkrankung wissen, ihr zugrunde liegen könne. Es gibt ja zweifellos außer der senilen und arteriosklerotischen Demenz noch andere eigenartige organische Gehirnerkrankungen des höheren Lebensalters — ich verweise auf die von *Spielmeyer* beschriebenen seltenen Krankheitsarten, auf die *Huntington*sche Chorea und die Paralysis agitans. Gerade die beiden letzten Erkrankungen zeitigen oft paranoische Zustandsbilder, und es erscheint demnach als nicht ausgeschlossen, daß auch der Involutionsparanoia eine bisher noch nicht bekannte eigenartige organische Gehirnveränderung zugrunde liege. Es müßte sich aber doch um eine wesentlich anders geartete organische Gehirnveränderung handeln, denn alle die bekannten organischen Gehirnveränderungen sind progressiver und destruktiver

[1]) Vgl. auch *Schröder*, Intoxikationspsychosen, S. 390. Aschaffenburgs Handb. d. Psych. Bd. 3, 1.



Natur, sie führen zu Ausfallerscheinungen am Bewußtseinsinhalt (Demenz oder inhaltliche Verwirrtheit), während wir bei unseren Fällen eine stationär bleibende Veränderung ohne Defektsymptome finden. Es ist die Frage, ob etwa die körperlichen Umwälzungen, die mit dem Versiegen der Funktionen der Geschlechtsorgane (innersekretorische Veränderungen?) eine derartige organisch bedingte Änderung der Gehirnfunktionen bewirken könnten.

2. Verhältnis der Involutionsparanoia zur vorpsychotischen seelischen Verfassung der Kranken.

Vielleicht wird sich das Wesen der Erkrankung eher klären, wenn wir nicht nur das Ergebnis derselben, die durch sie herbeigeführte psychische Veränderung, studieren, sondern die frühere Persönlichkeit der Kranken und ihr Verhältnis zu der krankhaft abgeänderten Persönlichkeit zu Rate ziehen.

Mit Ausnahme der Kranken Gnad und Bautner, über deren früheres Wesen wir keine genügende Auskunft erhalten konnten, waren alle unsere Kranken nach dem Ergebnis unserer Erhebungen schon vor ihrer Erkrankung abnorme psychopathische Persönlichkeiten und zwar von solcher Art, daß sie schon in der vorpsychotischen Zeit die Grundzüge der späteren seelischen Veränderung in abgeschwächter Form an sich trugen. Es sind zwar in vielen Beziehungen wertvolle Persönlichkeiten: tätige, gewissenhafte Menschen von unermüdlichem Fleiß, geistig rege, zum Teil sehr gewandte, sparsame, aufopferungfähige, in sexueller Hinsicht trotz einer zum Teil lebhaften Erregbarkeit zurückhaltende Naturen, aber — sie sind dabei sehr von sich eingenommene, eigenwillige Menschen, deren Beziehungen zu den anderen Menschen häufig durch Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Mißtrauen getrübt werden. So ist die spätere, mit dem charakteristischen Mischaffekt einhergehende paranoische Veränderung vorgebildet in der Persönlichkeit der Kranken. So mannigfach später, in der ausgebildeten Psychose, die Affektmischung jedes einzelnen Falles schillert, so verschiedenartig nüanciert ist auch schon in den früheren Persönlichkeiten die Affektkonstitution des einzelnen. Und auch die besondere Eigentümlichkeit jeder einzelnen paranoischen Psychose entspricht der persönlichen Färbung des vorpsychotischen Temperamentes.



Die befangene, leutscheue Jourdan und die ihr darin ähnliche Schwarz erkranken mit einem stark ängstlichen Mischaffekt, ebenso die ängstlich-gewissenhafte Frau Müller. Die selbstbewußteren Kranken Mayer, Bogner und Hörmann lassen auch in der Psychose die expansive Seite mehr hervortreten.

Die Übereinstimmungen zwischen Psychose und früherem Charakter beziehen sich auch auf die anderen, nicht affektiven seelischen Eigenschaften.

Frau Hörmann, die durch ihren Wortreichtum jedermann lästig fällt, hatte schon immer ein „lebhaftes Mundwerk". Die ideenflüchtig gelockerte Gedankentätigkeit der Frau Mayer entspricht der etwas unruhigen, geistigen Regsamkeit derselben Kranken, bevor handgreiflich psychotische Erscheinungen bei ihr zutage traten.

Auf dem Gebiete der Sexualaffekte findet sich das gleiche Verhältnis. Nirgends bedeutet die Psychose einen völligen Bruch mit der früheren Persönlichkeit.

Die Neigung zur Eifersucht war Brandmaier und Frau Vollnhals schon früher eigen. Der Wahn der sexuellen Beschimpfung und der Beeinträchtigung der Geschlechtsehre tritt am meisten bei Jourdan, Schwarz und Gnad hervor. Von den beiden ersten wissen wir, daß sie ihr Leben lang männerscheu waren. Sie stellen mit großer Energie in Abrede, daß sie je ein sexuelles Verlangen gehabt hätten, so daß gerade diese lebhafte Ablehnung den Verdacht erweckt, daß hier sexuelle Wünsche nicht fehlten, sondern nur durch einen steten, inneren Kampf in Schranken gehalten wurden, einen Kampf, den die Psychose dann in den Wahn der sexuellen Beschimpfung und in den Kampf für die vermeintlich angegriffene Geschlechtsehre gesteigert hat. Auch der eigentümliche sexuelle Wahn der Frau Hörmann, die sich durch Anstößigkeiten — auf die sie zwangmäßig achten mußte — empfindlich verletzt fühlte, und die sich in die Rolle einer Tugendwächterin krankhaft verrannt hat, ist nur die psychotische Steigerung und Verzerrung des starken erotischen Verlangens; das sexuelle Begehren dieser Frau lag ein Leben lang mit schamhafter, prüder Zurückhaltung in Fehde und wurde nie dauernd befriedigt, da das eheliche Zusammensein infolge der Unverträglichkeit der Kranken und des unschönen Verhaltens ihres Mannes immer nur von kurzer Dauer war.

Der ganze vorpsychotische Charakter der kranken Frauen erhält sowohl durch die guten wie durch die ungünstigen Eigenschaften einen ausgesprochen m ä n n l i c h e n Zug: Tatkraft, rastloser Eifer, Kampfesmut, herrisches Wesen und in sexueller Hinsicht statt Vertrauen und Hingabe überstarke Hemmungen, die manche dieser Frauen nach außen hin kalt und fühllos erscheinen lassen. Daß 4 von den 9



weiblichen Kranken ledig geblieben sind, und daß Frau Hörmann so bald von ihrem Manne verlassen wurde, ist zum Teil sicher auf diese wenig lockenden Eigenschaften zurückzuführen.

Hinweise auf den konstitutionellen Charakter der Erkrankung ergeben sich auch aus der Heredität. Wie Frl. Bautner beweist, kann die Disposition zu paranoischen Erkrankungen familiär auftreten: auch die Schwester von Frl. Bautner erkrankte an einer Involutionsparanoia und starb an Arteriosklerose der Gehirngefäße im Verlaufe des Leidens; der Vater der beiden Schwestern, der schon um die französische Erbschaft einen querulatorischen Kampf führte, muß auch eine paranoisch veranlagte Natur gewesen sein. In den Erblichkeitsverhältnissen drückt sich auch die Verwandtschaft der Involutionsparanoia mit depressiven Erkrankungen — worauf wir noch zurückkommen — aus: der Vater der Frau Mayer endete durch Selbstmord, ebenso der Vater der Frau Müller und zwei Oheime derselben väterlicherseits. Eine Schwester von Frau Hörmann machte zweimal eine depressive Erkrankung durch und beging endlich ebenfalls Selbstmord. Weitere Angaben zur Heredität sind: Frl. Bogner — ein Bruder hatte Anfälle; Frau Vollnhals — der Vater war Trinker; dieser, Pat. selbst und deren Sohn litten bzw. leiden an Arteriosklerose; Frl. Jourdan — der Vater war Trinker, ein Bruder soll ein leichtsinniges Leben führen, ein anderer ist jung nach Amerika gegangen. Drei Kranke (Brandmaier, Frl. Schwarz und Bogner) sind unehelich geboren. Einige Kranke bieten außer ihrer paranoischen Disposition noch andere konstitutionelle Anomalien: Frau Mayer — ebenso übrigens ihre Tochter — basedowoide Erscheinungen; bei Frau Mayer hörte die Menstruation abnorm früh auf, seitdem starker Fettansatz. Frl. Bautner litt ihr Leben lang an einer Magenneurose. Frl. Bogner hat angeborene Sehschwäche und Kurzsichtigkeit.

3. Ist die Steigerung der hypoparanoischen Konstitution [1]) zur Involutionsparanoia eine psychogene Reaktion?

Wenn unsere Kranken vor ihrer Psychose eine „hypoparanoische Konstitution" hatten, so erscheint die spätere

[1]) Viele Autoren sprechen neuerdings von der hier gemeinten psychopathischen Konstitution als einer „paranoiden". Ich möchte empfehlen, die Bezeichnung paranoid solchen Zuständen vorzubehalten, die dem para-



Psychose nur als die Steigerung der vorpsychotischen Anlage der Persönlichkeit. Diese Steigerung könnte entweder aus *inneren, körperlichen Ursachen* (endogen, autochthon) erfolgen oder sie könnte die *psychogene Reaktion* auf besondere seelische Erlebnisse sein.

Für die letztere Möglichkeit scheint manches zu sprechen. Alle unsere Kranken standen unter der Wirkung gewisser chronischer, peinlicher Gemütsbewegungen. Es sind überwiegend ledige oder vom Manne verlassene oder verwitwete Frauen, sie haben die begreiflichen Sorgen für ihre eigene persönliche Sicherheit, für ihren Besitz — besonders wenn sie, wie Frl. Schwarz, Vermögen haben —, für ihre Gesundheit und die in diesen Jahren ja physiologisch abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit. Der Beginn der Erkrankung trifft bei einigen Kranken zeitlich mit besonderen affektvollen Erlebnissen zusammen (Vollnhals, Schwarz, Gnad, Bautner). Manche Kranke reagieren auch während der Psychose auf Erlebnisse, für die sie gemäß ihrer Gemütsverfassung besonders empfindlich sind, mit einem sehr deutlichen, vorübergehenden Anschwellen der Krankheitserscheinungen (vgl. bes. Frau Mayer und Vollnhals). Man kann aber unmöglich jede Psychose als psychogen bezeichnen, deren Träger vor dem Ausbruch der Erkrankung oder zur Zeit derselben unter der Wirkung seelischer Erlebnisse standen, die etwa geeignet gewesen wären, eine reaktive seelische Störung herbeizuführen. Man muß auch verlangen, daß die Psychose in ihrem Verlauf und ihrer Symptomatologie durch die aftektvollen Erlebnisse, von der sie abhängig sein soll, in deutlicher Weise determiniert sei.

Wenn wir mit diesem Maßstab unsere Kranken messen, so zeigt sich, daß Frau *Vollnhals* ihre Verdächtigungen nicht nur gegen bestimmte Personen (ihren Mann und ihre vermeintlichen Nebenbuhlerinnen) richtet, daß sie überhaupt nicht nur eifersüchtig und im Sinne dieser Eifersucht argwöhnisch ist, sondern daß ihre argwöhnischen Mißdeutungen in vielen Fällen von dem affektvollen Erlebnis der unglücklichen Ehe ganz unabhängig sind; oft bringt Pat. die vermeintlichen Benachteiligungen erst nachträglich, wenn man besonders darnach fragt, mit ihrem Mann in Verbindung. Auch der Verlauf der Erkrankung zeigt so gar keine Beziehun-

noischen Symptomenkomplex nur äußerlich ähnlich sind (vgl. Einleitung). Wo es sich wie hier nur um einen geringeren Grad derselben Veränderung handelt, ist der Ausdruck „hypoparanoisch" am Platze, wenn er sprachlich auch gewiß nicht schön ist.

gen mehr zu den Gemütsbewegungen der unglücklichen Ehe: obwohl diese Ehe nun schon 13 Jahre zurückliegt, bestehen die mißtrauische Verstimmung und die paranoische Denkweise, die immer neu auftauchenden Mißdeutungen und Erinnerungsfälschungen unverändert fort, während man bei der Annahme eines psychogenen Eifersuchtswahns doch glauben sollte, daß nach so langer Zeit — vielleicht keine Krankheitseinsicht für die zuerst entstandenen Wahnurteile eingetreten wäre, wohl aber — die affektive Erregung sich wenigstens vermindert hätte und keine neuen Mißdeutungen und Erinnerungsfälschungen aufgetreten wären. Ich beobachte seit 2 Jahren einen Kranken mit einem — wie ich annehme — psychogenen Eifersuchtswahn, bei dem die Beziehungen der Symptomatik und des Verlaufs, die ich bei Frau Vollnhals vermisse, sehr deutlich nachweisbar sind. Frl. Schwarz erkrankte, bald nachdem sie in eine schlechte Wohnung gezogen war und wegen der Mißstände der Wohnung mit dem Hausherrn in Konflikt gekommen war und diesem gekündigt hatte. Diese Erlebnisse und Gemütsbewegungen könnten zwar wohl eine akut-paranoische Psychose nach Art der *Siefert-Bonhöffer*schen Form von Hafterkrankungen hervorrufen. Es wäre aber nicht zu begreifen, daß die gemütsbewegende Kraft der Erlebnisse über 6 Jahre anhalten sollte. Besonders lassen sich die nach affektiver Beruhigung fortbestehenden Halluzinationen des Frl. Schwarz nicht auf psychogene Weise erklären, zumal der Inhalt der Phoneme jetzt jeder Beziehung zu den früheren Erlebnissen ermangelt; es handelt sich ja um Gedankenlautwerden. Frau Gnad erkrankte zwar zu einer Zeit, als sie Grund zur Eifersucht gegen ihren dem Trunk und dem Müßiggang ergebenen Mann haben mochte, aber gerade dieses Erlebnis spiegelt sich in der Psychose kaum, die Kranke unterliegt vielmehr fast ausschließlich dem Wahn der sexuellen Beschimpfungen. Auch hier bereitet das viele Jahre nach dem affektvollen Erlebnis fortbestehende Halluzinieren — hier noch besonders das Halluzinieren auf dem Gebiete der Körperempfindungen — einer psychogenen Deutung die größten Schwierigkeiten. Bei Frl. Bautner könnte man daran denken, daß die Psychose die Reaktion auf das gewiß tief bewegende Erlebnis der Erkrankung der Schwester sei. In der Tat deutet Frl. Bautner auch dies Erlebnis paranoisch, indem sie behauptet, daß die Schwester von feindlichen Hausgenossen vergiftet und krank gemacht worden sei. Aber dieser Vorstellungskomplex tritt in der Wahnbildung ganz zurück gegenüber dem Erbschaftswahn und der wahnhaften Erwartung eines hohen Bewerbers. Auch hier überdauert die Erkrankung die an die Trennung von der Schwester geknüpften Gemütsbewegungen um viele Jahre; aus dem täglichen Verhalten der Kranken geht deutlich hervor, daß sie jetzt — wenn man sie nicht besonders daran erinnert — gar nicht mehr an das Unglück ihrer Schwester denkt.

Das sind die Krankheitsfälle, vor deren Beginn ein prägnantes, affektvolles Erlebnis tatsächlich eintraf. Trotzdem ist, wie man sieht,

die psychogene Entstehung der Psychosen in diesen Fällen nicht zu erweisen. Wer die übrigen Krankengeschichten, in denen zwar auch von Not und Sorge, unbefriedigten Wünschen und dem traurigen Schicksal alleinstehender, ihre Arbeitskraft sinken sehender Frauen die Rede ist, liest, der wird wohl finden, daß diese traurigen Erlebnisse und der Wunsch, sie mit einem besseren Lose vertauschen zu können — — viele Wahngebilde sind ja „Wunscherfüllungen" (s. bes. Frau Vollnhals, Frau Mayer, Frau Hörmann, Frl. Bogner)[1] —, den Inhalt der

[1]) Frau Vollnhals hat trotz allen Fleißes und aller Arbeit sich wenig erspart, die Erziehung der unehelichen Tochter hat wohl das meiste verschlungen. Sie hat den natürlichen Wunsch nach einem sicheren Hafen, in dem sie von der Unrast ihres Lebens ausruhen könnte. Ihre immer verliebte Natur sehnt sich noch im vorgerückten Alter nach einem feurigen Liebhaber. In ihren Wahnvorstellungen finden wir den ältlichen Schuster, ihren zweiten Mann, in einen wahren Don Juan verwandelt, der ein ungeheures Vermögen besitzt, um denen, die er liebt, ein Leben im Überfluß zu gewähren — allerdings geht der Wahn nicht bis zur eigentlichen Wunscherfüllung, abgesehen davon, daß Pat. wahnhaft überzeugt ist, ihr Mann lebe noch.

Frl. Bautner hat dasselbe begreifliche Verlangen nach Ruhe und Sicherung, ganz besonders, nachdem sie seit Erkrankung der Schwester ganz allein dasteht: in der Psychose ist sie eine Millionenerbin und wird von einem hohen Offizier umworben. Bei ihr geht die Wunscherfüllung etwas weiter als bei Frau Vollnhals.

Frau Mayer lebt nach dem frühen Tode des Mannes und dem Verluste des größten Teiles ihres Vermögens in bedrängten Verhältnissen und macht sich Vorwürfe, daß sie durch ihre Spekulationen an dem Vermögensverlust mit schuld sei; in der Geistesstörung beerbt sie die amerikanischen Multimillionäre.

Frau Hörmann hat immer mit großer Selbstgerechtigkeit an anderen Leuten herumkritisiert und war besonders immer voll Abscheu gegen Frauen mit liederlichem Lebenswandel: als Geisteskranke ist Pat. berufen, sich um alles zu kümmern, die sittlich Verwahrlosten auf den rechten Weg zu bringen; ihre Wunscherfüllung geht so weit, daß sie wähnt, durch ihre „Schauerei" schon viel Gutes gestiftet zu haben.

Frl. Bogner findet schon als Gesunde einen Trost für ihre Einsamkeit unter den Menschen in der Liebe der Tiere zu ihr: in der Psychose erscheint das zu einer wunderbaren Anziehungskraft gesteigert, vermöge deren sie die wildesten Tiere zähmen und auch Menschen anziehen und heilen könne. Sie trägt ein überspanntes Männerideal in sich, wird von der Wirklichkeit in dieser Hinsicht arg enttäuscht — aber ihre Wünsche erfüllen sich in der Psychose wenigstens so weit, daß mehrmals Männer nach ihr verlangen (Haas, Baumeister, hiesiger Arzt).



Wahngebilde weitgehend beeinflussen, daß aber das Primäre die Veränderung der Stimmungslage und der Denkweise ist, daß die Kranken jene Erlebnisse im Sinne ihrer krankhaft veränderten Affektlage und Denkweise auffassen und verarbeiten, nicht aber, daß die Erlebnisse oder die an dieselben geknüpften Wünsche die Ursache der seelischen Veränderungen bilden.

4. Die Steigerung der hypoparanoischen Konstitution zur Involutionsparanoia erfolgt aus inneren Gründen (autochthon).

Die Steigerung der hypoparanoischen Konstitution unserer Kranken zur ausgesprochenen paranoischen Psychose kann nur aus inneren Gründen erfolgt sein. Da die Steigerung in die Zeit der sexuellen Involution fällt, werden wir die innere, körperliche Ursache derselben in der Veränderung der innersekretorischen Verhältnisse vermuten dürfen, die durch den Nachlaß und das Aufhören der Funktionen der Geschlechtsorgane bedingt werden. Mit dieser allgemeinen Vorstellung müssen wir uns vorerst begnügen, denn wir wissen nicht, ob hier ausschließlich der Ausfall der Keimdrüsenfunktion in Betracht kommt und ob das Versiegen der inneren Sekretion aus der Genitalsphäre selbst so verhängnisvoll wirkt, oder ob erst sekundär die Funktionen anderer Organe mit innerer Sekretion abgeändert werden und dies erst die ungünstige Wirkung auf das Gehirn hat. Da die Involutionsvorgänge an den Sexualorganen und die von diesen abhängigen Veränderungen an anderen Organen mit innerer Sekretion sich nicht plötzlich, sondern im Laufe einer Reihe von Jahren vollziehen, auch zweifellos noch nicht zum Abschluß gekommen sind, wenn — bei den Frauen — ein äußeres Kennzeichen der Sexualfunktionen, die Menstruation, aufhört, so widerspricht es dieser Auffassung von der Entstehung der Involutionsparanoia nicht, wenn die Krankheit auch nach dem Klimakterium noch ansteigt und meistens erst Jahre nach demselben ihren Höhepunkt erreicht. Daß die einmal entstandene seelische Veränderung — vom Nachlaß akuterer Erscheinungen abgesehen — stationär bleibt, erklärt sich wohl daraus, daß die Veränderung der innersekretorischen Verhältnisse ja auch bestehen bleibt und das Gehirn somit dauernd unter der Einwirkung einer veränderten Blutzusammensetzung steht. Eine Anpassung an die veränderten

Verhältnisse unter Wiederherstellung der früheren Funktionsweise kann das alternde Gehirn wohl nicht mehr leisten. Apoplektische Insulte — wie bei Brandmaier — dürften die Widerstandsfähigkeit des Gehirns stark vermindern und Bedingungen schaffen, unter denen die abnormen Reize zu leichterer und intensiverer Wirkung auf das Gehirn gelangen. Daher wohl die plötzliche Verschlimmerung der Erkrankung bei Brandmaier nach seiner Bulbärapoplexie.

Im höheren Lebensalter wandelt sich bekanntlich die Persönlichkeit vieler Menschen derart um, daß Eigensinn, herrisches Wesen und Mißtrauen hervortreten. Bis zu einem gewissen Grade gehört das zu den physiologischen Erscheinungen. Es liegt nahe, diese physiologische Wandlung der Persönlichkeit ebenfalls — nicht mit dem Senium, sondern — mit der präsenilen Involution der Sexualvorgänge in Zusammenhang zu bringen und sie als den leichteren Grad derselben Veränderungen zu betrachten, die in stärkstem Maße bei der Entstehung der Involutionsparanoia wirksam sind. Warum bei den an Involutionsparanoia Erkrankenden die sexuelle Involution so viel verhängnisvoller wirkt, das erklärt sich daraus, daß diese Menschen schon ihr Leben lang „hypoparanoisch" waren, daß ihr Gehirn also aus irgendwelchen physiologisch noch nicht näher zu bestimmenden Gründen eine größere Empfindlichkeit gegen solche Reize besaß, die — wie die körperlichen Veränderungen bei der sexuellen Involution — geeignet sind, die psychischen Funktionen in der Richtung zum Paranoischen abzuändern.

In ähnlich engen Beziehungen zur sexuellen Involution stehen ängstlich-depressive Störungen: die noch zu den physiologischen Erscheinungen zu rechnenden leichten klimakterischen Verstimmungen, die klimakterische Angstneurose und endlich die präsenile Angstpsychose oder Angstmelancholie (*Kraepelin*s frühere „Melancholie des Rückbildungsalters"). Auch da sehen wir vornehmlich solche Persönlichkeiten erkranken, die schon ihr Leben ernste und vor allem zu Ängstlichkeit (ängstlichen Besorgnissen, peinlich-ängstlicher Gewissenhaftigkeit) geneigte, dabei lebhafte, tätige Naturen waren (ängstlich-lebhafte Konstitution). Es ist in diesem Zusammenhange sehr bemerkenswert, daß sowohl die hypoparanoische und die ängstlich-lebhafte Konstitution, wie die präsenile Angstpsychose und die Involutionsparanoia, besonders die

akuten Stadien der letzteren, viel Gemeinsames miteinander haben, so daß es vorläufig nicht immer möglich sein dürfte, eine präsenile Angstpsychose von dem akuten Stadium einer Involutionsparanoia zu unterscheiden (vgl. auch unten S. 58).

Ich sagte oben (S. 40), daß der Involutionsparanoia zwar kein organisch-destruktiver Gehirnprozeß zugrunde liegen könne, — womit aber nicht jegliche organische Gehirnveränderung ausgeschlossen sei. Organische, aber nicht destruktive Gehirnveränderungen gibt es zweifellos: die physiologischen Wachstums- und Rückbildungsvorgänge am Gehirn, die den Ablauf des ganzen Lebens eines jeden Individuums begleiten und die Persönlichkeit wandeln von einer Altersstufe zur anderen. Ein Glied dieser durch organische Hirnveränderungen bedingten Wandlungen ist auch die zur Zeit der sexuellen Involution sich vollziehende seelische Veränderung, die in der Involutionsparanoia uns nur sehr verstärkt entgegentritt.

Diese Auffassung vom Wesen der Involutionsparanoia berührt sich in wesentlichen Punkten mit Überlegungen, die in letzter Zeit von *Wilmanns* [1]), *Jaspers* [2]) und *Rosental* [3]) angestellt wurden. Den organischen Krankheitsprozessen stellte *Wilmanns* den Begriff der „krankhaften Entwicklung“, d. h. der Steigerung von Krankheitsanlagen einer degenerativen Persönlichkeit unter dem Einfluß ungünstiger, affektschwerer Lebensschicksale gegenüber, und *Jaspers* kommt in einer eindringenden Untersuchung der Begriffe „Prozeß“ und „Entwicklung einer Persönlichkeit“ zu einer Dreiteilung, die der meinen Überlegungen zugrunde liegenden Unterscheidung von organisch-destruktiven Prozessen, autochthonen und reaktiven (psychogenen) Steigerungen abnormer Konstitutionen nahesteht. *Jaspers* unterscheidet: 1. „psychisch-psychotische Prozesse“, womit sachlich meine organisch-destruktiven Prozesse (z. B. progressive Paralyse, Dementia praecox) gemeint sind; 2. „psychische Prozesse“, unter

[1]) *Wilmanns*, Gefängnispsychosen 1908, S. 37 u. 49. — Zur klinischen Stellung der Paranoia. Ztlbl. f. Nervenh. u. Psych. 1910, S. 207.

[2]) *Jaspers*, Eifersuchtswahn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. I, 1910.

[3]) *Rosental*, Eine Verstimmung mit Wandertrieb und Beziehungswahn. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 32, 1911, S. 330.



die er zwei Fälle von Eifersuchtswahn (Klug und Mohr), die ich als Involutionsparanoia in Anspruch nehme, einreiht; 3. „Entwicklungen", die sachlich mit den reaktiv-psychogen bedingten Steigerungen abnormer Konstitutionen zusammenfallen. Während ich von der 1. und 3. Krankheitsgruppe ganz dieselbe Auffassung vertrete wie *Jaspers*, gehen unsere Meinungen hinsichtlich der zweiten, d. h. eben in bezug auf den „autochthonen" Eifersuchtswahn bzw. die Involutionsparanoia völlig auseinander. *Jaspers* rechnet derartige Erkrankungen zu den „Prozessen", er stellt sie neben die Paralyse, die Dementia praecox, und findet, daß hier wie dort „der bisherigen Persönlichkeit heterogene Veränderungen des psychischen Lebens" (S. 608) sich vollzögen. Ich muß es ganz bestimmt bestreiten, daß bei der Involutionsparanoia und auch in *Jaspers*' Fällen 1 und 2 etwas der Persönlichkeit Heterogenes aufgepfropft worden sei. Im Gegenteil: die paranoische Veränderung wächst aus der vorpsychotischen Persönlichkeit organisch heraus, wie beim physiologischen Wachstum, wie bei der physiologischen „Entwicklung". Und daher stehen Krankheitsformen wie die Involutionsparanoia — ich erwähne hier noch die bei manchen Menschen sich im höheren Lebensalter vollziehende und stationär bleibende depressive Verstimmung — auch den psychogen-reaktiv vermittelten Entwicklungen näher, während sie von den organisch-destruktiven Prozessen durch eine breite Kluft getrennt sind. Das Wirklichkeitfremde der *Jaspers*schen Unterscheidungen hat sich denn auch schon in einem praktischen Falle erwiesen: *Rosental* versuchte eine von ihm beobachtete präsenile, mißtrauisch-ängstliche Verstimmung mit Hilfe der *Jaspers*schen Begriffe zu deuten. Indem *Rosental* — in vollkommener Übereinstimmung mit den von mir gemachten Beobachtungen — feststellte, daß die paranoischen Erscheinungen seiner Kranken keineswegs als ein vollkommen fremdes, heterogenes Element sich der bisherigen Persönlichkeit aufpfropften, sondern als das Manifestwerden einer bis dahin latent gewesenen Anlage zu deuten seien, kommt er zu dem unbefriedigenden Ergebnis, daß das mitgeteilte Krankheitsbild weder als ein krankhafter Prozeß einseitig aufgefaßt noch aus der Entwicklung einwandfrei abgeleitet werden könne. Der *Rosental*sche Fall ist nach meiner Auffassung eine Involutionsparanoia — allerdings gehört die Patientin zu den komplizierteren, abnorm veranlagten Naturen, auf die ich später noch einzugehen habe; ihre paranoische



Steigerung ist nicht ausschließlich autochthon entstanden, sondern psychogene, reaktive Momente sind dabei wirksam gewesen, und überdies hatte Pat. die — offenbar doch auch konstitutionelle — Eigenheit, beim Anwachsen ihrer Verstimmung mit triebhaften Wanderungen (Reisen zu einem von ihr sehr geliebten Bruder) zu reagieren.

5. Verhältnis der Involutionsparanoia zur Paranoia der Autoren und zum manisch-depressiven Irresein.

Es bleibt noch übrig, das Verhältnis der Involutionsparanoia zu den sonst als Paranoia bezeichneten Krankheitsbildern und zum manisch-depressiven Irresein aufzuzeigen.

Es wäre zwecklos, die Übereinstimmungen und Verschiedenheiten zwischen unseren Krankheitsfällen und all den untereinander so wesensverschiedenen Erkrankungen zu verfolgen, die schon unter dem Namen Paranoia beschrieben wurden. Ich beschränke mich auf die Paranoia *Kraepelins* und das mit ihr im wesentlichen übereinstimmende Délire d'interprétations von *Sérieux* und *Capgras* [1]), da nur diese Krankheitsschilderungen sich auf Psychosen beziehen, deren Zustandbilder — ebenso wie die meiner Fälle — die Bezeichnung paranoisch im Sinne meiner einleitenden Bemerkungen verdienen, und da dies die einzigen Krankheitsdarstellungen sind, die mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen lassen, daß nur wirklich wesensgleiche Erkrankungen ihnen zugrunde lägen. Auch in *Kraepelins* Paranoia spielt die Veranlagung eine bedeutsame Rolle; die Häufigkeit erblicher Belastung wird hervorgehoben (Lehrb. 7. Aufl., S. 609). Deutlicher sprechen *Sérieux* und *Capgras* von einer „paranoischen Konstitution", einem aus Stolz und Mißtrauen gemischten Charakter, aus dem das Délire d'interprétations hervorwachse. *Tiling* [2]) und *Merklin* [3]) finden die Wurzeln der Paranoia in dem angeborenen Charakter, in der psychopathischen Konstitution, von der — wie *M.* ausführt — ganz allmähliche Übergänge zur ausgesprochenen Paranoia hinüberführen sollen.

---

[1]) Traité de psychologie pathologique, herausgegeben von A. Marie, Bd. II, Paris 1911.

[2]) *Tiling*, Individualität und Psychose. Ztlbl. f. Neurol. u. Psych. 1910, S. 91.

[3]) *Merklin* (Vortrag), Psych.-neurol. Wschr. 1909/10, S. 182.

Ähnliche Angaben machen übrigens auch Forscher, deren Paranoiabegriff weiter ist als der *Kraepelin*sche und der von mir vertretene (*Krafft-Ebing*, *Friedmann*, *Ziehen*, *Siemerling*, *Rieger-Reichardt*). Wenn *Cl. Neisser* [1]) die Verwandtschaft zwischen Individualität und Paranoia bestreitet, so hat er wohl Recht in bezug auf viele Fälle, die außerhalb der Paranoia in der hier angenommenen Begrenzung stehen; für die von mir als Involutionsparanoia bezeichneten Erkrankungen kann ich mich *Neisser*s Auffassung nicht anschließen. In vielem anderen trennen sich aber die Wege der *Kraepelin*schen Paranoia und meiner Krankheitsfälle. Hier der Krankheitsbeginn zwischen 40. und 52. Lebensjahre, bei *Kraepelin*s Paranoia vom 25. bis 40. Jahre; *Sérieux* und *Capgras* finden den Beginn der Erkrankungen am häufigsten zwischen 20. und 40. Jahr, unterscheiden aber eine seltenere Spätform, nach dem 40. Jahre, besonders bei Frauen zur Zeit des Klimakteriums [2]). Die Paranoia *Kraepelin*s soll sich ganz allmählich, schleichend entwickeln, bei meinen Fällen fand sich wiederholt nach längerem oder kürzerem allmählichen Anwachsen der Krankheitserscheinungen ein akuter Anstieg zur Krankheitshöhe. Die Symptomatologie der Paranoia im Sinne der Autoren ist enger als die meiner Fälle. Halluzinationen dürfen bei *Kraepelin* nur eine ganz untergeordnete Rolle spielen. Die erhaltene Ordnung des Gedankengangs findet bei meinen Kranken eine Einschränkung in der regelmäßig nachweisbaren Denkstörung, die sich aus Denkhemmung mit Haften und weitschweifig-ideenflüchtiger Mehrleistung zusammensetzt. So abenteuerliche, wirklichkeitfremde Wahnvorstellungen, wie einige meiner Kranken sie bieten, würde *Kraepelin* wohl bestimmt von seiner Paranoia ausschließen. Die Wahnvorstellungen sind nicht in allen unseren Fällen — wie *Kraepelin* es verlangt — unerschütterlich: bei Frl. Bautner wechseln die Angaben über die Person des vermeintlichen hohen Bewerbers, ebenso die Behauptungen der Frau Mayer über ihre Verfolger und ihre Erbschaftsansprüche. Frl. Bogner erlebt mehrmals hintereinander

[1]) *Neisser*, Individualität und Psychose. Berlin 1906.

[2]) Wenn *Krafft-Ebing*, *Ziehen* und *Siemerling* die Paranoia in ihrem weiteren Sinne zur Zeit des Klimakteriums besonders häufig ausbrechen lassen, so liegen diesen Angaben außer gewissen spät ausbrechenden paranoiden Psychosen und außer psychogenen paranoischen Erkrankungen wohl auch Beobachtungen von Involutionsparanoia zugrunde.

4*



den Roman mit dem kranken Geliebten und der jungen, siegreichen Nebenbuhlerin. Hier wie überhaupt wechselt allerdings nur die spezielle Einkleidung des Wahns, seine Leitmotive bleiben die gleichen. Sogar innere Widersprüche finden sich unter den Wahnvorstellungen meiner Kranken: Frau Vollnhals denkt ihren ungetreuen Ehemann bald als Feind, bald als Wohltäter — bald als Ehebrecher, bald als einen, der mit all seinen Belästigungen nichts weiter bezweckt als die Wiedervereinigung mit der Pat. Ähnliche innere Widersprüche finden sich bei Frl. Bogner. Die innere Struktur der Krankheitsbilder ist aber bei allen Fällen die gleiche — wie ich nachzuweisen mich bemüht habe. Es ist unmöglich, diese Gruppe auseinanderzureißen und einen Teil derselben etwa der *Kraepelin*schen Paranoia, die übrigen Fälle aber einer oder mehreren neu zu schaffenden Krankheitsarten zuzuweisen. Insbesondere kann ich dem Vorkommen von Halluzinationen auch in größerer Zahl nicht die Bedeutung beilegen, die sie bei *Kraepelin* finden. Halluzinationen kommen doch auch bei Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises und bei psychogenen Erkrankungen vor und beweisen weder einen Zerfall des Bewußtseinsinhalts noch das Vorliegen eines destruktiven Krankheitsprozesses an. *Löwy* [1]) hat gezeigt, wie nahe dem normalen Seelenleben eine besondere Form der Gehörstäuschungen, der „Anruf mit dem eigenen Namen", steht. Allerdings vermag ich nicht zu sagen, warum die einen unter meinen Kranken halluzinieren, die anderen nicht; möglicherweise liegt dies an einer schon vor der Erkrankung bestehenden individuellen Disposition.

Nachdem ich auf der Kieler Psychiaterversammlung die Ergebnisse dieser Arbeit mitgeteilt hatte, haben *Banse* [2]) und *Krueger* [3]) sich dafür ausgesprochen, gewisse chronische, wahnbildende Krankheitsbilder, trotz zahlreicher Halluzinationen und zum Teil abenteuerlicher Wahnvorstellungen — in *Banse*s Fällen spielten körperliche Beeinträchtigungsvorstellungen, „Schädigungswahn" — eine besondere Rolle — der Paranoia *Kraepelin*s zuzuweisen.

[1]) ***Löwy***, Über eine Unruheerscheinung: die Halluzination des Anrufs mit dem eigenen Namen. Jahrb. f. Psych. 33, 1912.

[2]) ***Banse***, Zur Klinik der Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XI, 1912.

[3]) ***Krueger***, Über Paranoia hallucinatoria. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XII, 1912.



Die beiden Fälle von *Krueger* und *Banses* 3. Fall gehören m. E. ohne Zweifel zur Involutionsparanoia. Die Kranken 1 und 2 von *Banse* bieten verwickeltere Krankheitsbilder; zwar beginnt die ausgesprochene paranoische Erkrankung mit Halluzinationen und zum Teil recht wirklichkeitfremder Wahnbildung erst in den Involutionsjahren — bei Fall 1 etwa im 60., bei Fall 2 im 46. Lebensjahre — aber die Persönlichkeiten beider Kranken sind schon vorher in so hohem Maße abnorm, daß *Banse* den Beginn der „Paranoia" beim ersten Kranken zwischen das 35. und 40. Jahr, bei Fall 2 schon in das 26. Jahr verlegt. Die Krankengeschichten liefern indessen keinen zwingenden Beweis dafür, daß auf den genannten Lebensstufen eine autochthone paranoische Veränderung mit den Kranken vorgegangen sei — in der Art, wie sie später in den Involutionsjahren bei diesen und bei meinen Kranken erfolgte. Es scheint mir vielmehr, daß die beiden Kranken schon vor der Involution, zeitlebens, in höherem Grade „hypoparanoisch" waren, als es bei meinen Kranken der Fall ist —, höchstens Frau Mayer kommt ihnen darin nahe —, und daß die so abnorm veranlagten Menschen auf besondere affektvolle Erlebnisse hin (Fall 1: Konflikt wegen des Kirchenpatronats, Fall 2: berufliche Schwierigkeiten, Pensionierung) psychogen-reaktiv in ein querulatorisches Verhalten gerieten. Aber erst im Präsenium erfolgte die autochthone Steigerung der abnormen Verfassung ins eigentlich Paranoische. *Banses* Fälle sind auch noch in anderer Richtung bemerkenswert, nämlich wegen der hypomanischen bzw. zyklothymischen Erscheinungen, die den abnormen Konstitutionen seiner Kranken beigesellt waren. Ich komme darauf noch zurück.

Nun ist aber das Krankheitsbild der „Paranoia", trotz der von *Kraepelin* durchgeführten Einschränkung auf ein sehr begrenztes Symptomenbild, nichts Einheitliches, wie *Kraepelin* [1]) selbst jüngst zugegeben hat. Neben Fällen, in denen sich die Krankheit aus inneren Ursachen entwickelt, finden wir hier den Querulantenwahnsinn rubriziert, der zweifellos sehr oft — wie *Wernicke* lehrte — im Anschluß an ein affektvolles Erlebnis „auf Grund überwertiger Idee" entsteht, mit anderen Worten, eine psychogene Psychose ist. Andere als Paranoia veröffentlichte Fälle sind — wie *G. Specht* gezeigt hat — eigenartige Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins [2]).

---

[1]) *Kraepelin*, Über paranoide Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. XI, 1912.

[2]) Hierher gehören nach meiner Überzeugung auch die beiden ersten der von *Bleuler* (Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, 1906) beschriebenen Kranken. Fall 1 ist m. E. der Hauptsache nach eine chronische Depression. Man beachte die erste Attacke der Krankheit jahrelang vor dem Ausbruch der späteren Psychose, dann den ausgesprochen depressiven Zug, die Neigung zu Selbstvorwürfen und Selbstmordversuchen („Meistens



Es fragt sich, ob nach Abzug der psychogenen und der manisch-depressiven Fälle überhaupt noch etwas von der Paranoia *Kraepelin*s übrig bleibt. *Kraepelin* selbst bejaht diese Frage und behält neuerdings die Bezeichnung Paranoia für sehr seltene Erkrankungen vor, die aus einer „paranoiden" Veranlagung (einem Gemisch von maßloser Selbstüberschätzung und Mißtrauen) durch innere Gründe, unter dem Einfluß der gewöhnlichen Lebensreize, ganz allmählich, rein kombinatorisch, herauswachsen. Die Wahnbildung werde durch die Überzeugung der Kranken von ihrer eigenen Vortrefflichkeit beherrscht und bewege sich dementsprechend in Größenideen (Weltbeglücker, Erfinder, Religionsstifter usw.); Verfolgungsideen blieben untergeordnet und seien nur Folgen der durch die hohen Ansprüche bedingten Reibungen mit der Umwelt. Es wird nicht gesagt, in welchem Lebensalter diese Paranoia zur Entwicklung komme, doch muß man wohl annehmen, daß sich die Schilderung wie in *Kraepelin*s früheren Darstellungen — auf paranoische „Früherkrankungen" — zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr — bezieht.

Es bedarf keiner näheren Darlegung, daß sich meine Involutionsparanoia auch mit dieser neuesten Fassung des *Kraepelin*schen Paranoiabegriffes nicht deckt, und ich kann dahin zusammenfassen:

aber warf sie alle Schuld auf sich"). Auch im 2. Falle *Bleuler*s fehlt die mißtrauische, sich zur Wehr setzende Verstimmung. Pat. ist ängstlich, schüchtern, devot, peinigt sich mit Selbstvorwürfen, trinkt, um seine Verzweiflung zu betäuben, stellt sich selbst der Polizei. In diesem Falle scheint auch eine Heilung im praktischen Sinne eingetreten zu sein. Den Fall 3 möchte ich als eine hypoparanoische Konstitution auffassen, bei dem durch besondere Erlebnisse auf psychogenem Wege eine ausgesprochen paranoische Denk- und Handlungsweise — aber immer nur für beschränkte Zeit — hervorgerufen wurde. Ob *Kraepelin Bleuler*s 4. Fall dem Begriffe Paranoia unterordnen würde, bezweifle ich. Es handelt sich um einen schwachsinnigen, scheuen, energielosen Menschen, der sich Vorwürfe machte, daß er seinen Prinzipal einmal nicht gegrüßt hätte, und der seitdem in zunehmenden Maße an der Zwangshandlung des Grüßens litt, sehr deprimiert wurde, viel weinte und Selbstmordideen äußerte. Das Paranoische, wenn man überhaupt davon reden will, besteht darin, daß er glaubte, der Prinzipal gebe ihm zur Strafe schwierigere Arbeiten, und die Nebenarbeiter fingen an, ihn im kleinen zu schikanieren. Andere Beziehungsideen hatten einen ausgesprochen depressiven Charakter, z. B., wenn er die zufällig gehörte Bemerkung: „da haben wir's wieder" als Anspielung auf seinen Hochmut (!) auffaßte.



Die Involutionsparanoia ist nicht etwa eine Unterform einer wohlbekannten, eigenartigen, auch auf anderen Lebensstufen vorkommenden Krankheit „Paranoia", sondern mit den hier veröffentlichten Krankheitsfällen wird, glaube ich, zum erstenmal eine Gruppe wesensgleicher, in allen Hauptlinien der Symptomatologie, der Entstehung und des Verlaufs übereinstimmender Krankheitsfälle beschrieben, welche den Namen Paranoia und — in Hinsicht auf das Erkrankungsalter — der Involutionsparanoia verdient. Außer der Involutionsparanoia darf das Vorkommen hypoparanoischer Konstitutionen für gesichert gelten. Als eine Steigerung der hypoparanoischen Konstitution erscheint die Involutionsparanoia. Nach *Kraepelins* neuester Darstellung kommt — in sehr seltenen Fällen — eine Steigerung der paranoischen Anlage auch schon auf früheren Lebensstufen vor. Diese „Frühparanoia" — wie man sagen könnte — würde sich durch den stets schleichenden Verlauf und eine viel begrenztere Symptomatologie von der Involutionsparanoia unterscheiden. Ich selbst habe noch keine paranoische Erkrankung vor den Involutionsjahren gesehen. Unter meinen Kranken ist nur eine, deren Leiden auf einer Altersstufe einsetzte, in der die Wechseljahre gewöhnlich noch nicht begonnen haben, Frau Mayer. Aber gerade diese Ausnahme bestätigt die Regel, denn Frau Mayer verlor die Periode außergewöhnlich früh, schon mit 39 Jahren.

Führt die Involutionsparanoia immer zu einer unheilbaren, stationär bleibenden, psychischen Veränderung? Trotzdem sich unter meinen Beobachtungen keine Heilung oder wesentliche Besserung findet, wage ich nicht, die Möglichkeit einer erheblichen Besserung oder Heilung ganz auszuschließen. Bei einigen Kranken dauert die Psychose erst wenige Jahre, und es ist nicht absolut unmöglich, daß z. B. bei Frau Hörmann und Frl. Jourdan noch eine Wendung zum Guten eintreten könnte. Vielleicht gibt es auch außerhalb unserer Klinik, die wegen ihrer erschwerten Aufnahmebedingungen vorwiegend schwerere Fälle beherbergt, leichtere und nach einiger Zeit wieder abklingende Formen der Involutionsparanoia. Dies führt auf die Frage, ob auch in jüngeren Lebensjahren heilbare paranoische Psychosen auf dem Boden einer hypoparanoischen Konstitution oder einer nur latenten paranoischen Anlage vorkommen („akute Paanoia"); ob die paranoische Anlage sich im Laufe eines Lebens wiederholt



in autochthonen psychotischen Steigerungen äußern kann („periodische Paranoia"). Das Vorkommen akuter, aus inneren Gründen entstehender und das mehrmaliger heilbarer Erkrankungen paranoischen Gepräges muß nach Beobachtungen von *Bleuler*[1]), *Friedmann*[2]) und *Thomsen*[3]) bejaht werden. Auch ich habe einzelne derartige Fälle gesehen. Was mir an der Frage der akuten und periodischen Paranoia jedoch noch zweifelhaft erscheint, ist, ob derartige akute Psychosen ebenso wie die Involutionsparanoia auf dem Boden einer hypoparanoischen Konstitution erwachsen, Steigerungen derselben darstellen wie jene und daher dieselbe klinische Bewertung verdienen wie die Involutionsparanoia, oder ob die akuten paranoischen Psychosen nicht eher dem Boden einer ängstlich-lebhaften oder zum Teil einer zirkulären Konstitution entstammen. Für gewisse akute paranoisch gefärbte Psychosen des Präseniums kann ich schon jetzt den Standpunkt vertreten, daß sie nicht der paranoischen Veranlagung, sondern der ängstlich-lebhaften Konstitution angehören. Auch die symptomatologische Betrachtung lehrt bei genauerem Zusehen, daß einfache Angst, weniger der Mischaffekt des Mißtrauens, das Bild beherrscht. Es handelt sich nach meiner Auffassung in diesen Fällen nicht um akute Paranoia, sondern um Angstpsychosen im Sinne *Wernickes*. Derartige Fälle sind es wohl, die *Kraepelin* früher und neuerdings *Rehm*[4]) und *Thalbitzer*[5]) als depressiven Wahnsinn bezeichnet haben. Alle diese Fragen bedürfen jedoch noch sehr der Erforschung.

Wenn ich oben für die Involutionsparanoia angab, daß sie aus inneren Gründen (autochthon) aus der hypoparanoischen Konstitution hervorgehe, so sollte damit nicht bestritten werden, daß paranoische — chronische oder akute — Psychosen auf reaktiv-psychogenem Wege, auf dem Boden der hypoparanoischen Veran-

[1]) *Bleuler*, Über periodischen Wahnsinn. Psych.-neurol. Wschr. 1902, S. 121.

[2]) *Friedmann*, Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 17, 1905. (*Friedmann* nennt diese Formen in einer leicht zu Mißverständnissen führenden Weise „exogene" Erkrankungen.)

[3]) *Thomsen*, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. 45, H. 3.

[4]) *Rehm*, Der depressive Wahnsinn. Ztlbl. f. Nervenh. u. Psych. 1910, S. 41.

[5]) *Thalbitzer*, Melancholie und Depression. Allg. Ztschr. f. Psych. 1905, S. 785.



lagung entstehen können. Zweifellos sind viele Querulanten, die zwar auf das affektvolle Erlebnis einer rechtlichen Benachteiligung hin psychogen erkranken, schon vorher „hypoparanoische Naturen" gewesen, wie das auch von *Bonhöffer* [1]) u. a. angegeben wird. *Gaupp* [2]) beschreibt eine mehr depressive, der Wesensart der Zwangskranken verwandte Art leicht-paranoischer Konstitution und Steigerungen dieses Zustandes, die im Anschluß an affektvolle Erlebnisse zwar schleichend entstanden, unter Schwankungen verliefen, aber nie gänzlich abklangen. Andererseits hat *Friedmann* [3]) zuerst nachgewiesen, daß manche hypoparanoisch Veranlagte auf gewisse peinliche Erlebnisse hin eine „milde", nach 2 bis 3 Jahren abklingende paranoische Veränderung erfahren, eine psychogene — *Friedmann* sagt nicht glücklich „endogene" — paranoische Psychose durchmachen. Zwei Paranoiker von *Banse*, die in den Rückbildungsjahren aus inneren Gründen in schwerster Form paranoisch wurden, waren schon früher durch besondere „Anlässe" auf Grund ihrer hypoparanoischen Dauerverfassung in eine psychogene Querulanz hineingetrieben worden (vgl. S. 53.) Die Frage ist aber noch nicht gelöst — so viel ich weiß, auch noch gar nicht aufgeworfen —, ob alle hypoparanoischen Konstitutionen zu derartigen psychogenen Steigerungen neigen, oder ob nicht etwa die Persönlichkeiten mit stärkerer reaktiver Beeinflußbarkeit sich auch im Grundwesen schon von anderen Hypoparanoischen unterscheiden, die solche Reaktivität vermissen lassen. Es ist das die gleiche Frage, die gegenüber den von *Reiss* beschriebenen „reaktiven Depressionen" bei konstitutionellen Depressiven aufgeworfen werden kann.

Die hypoparanoische Konstitution und die Involutionsparanoia stehen in mannigfachen Beziehungen zu anderen konstitutionellen Erkrankungen. Insbesondere mit der manischen und der melancholischen Konstitution, dem zirkulären bzw. dem manisch-depressiven Irresein verbinden sie zahlreiche symptomatologische und im Verlauf gelegene Übereinstimmungen. Es fragt sich daher, ob — was

[1]) ***Bonhöffer***, Referat über psychogene Geistesstörungen. Jahresversammlung des D. Vereins f. Psych., 1911. S. diese Ztschr., Bd. 68, S. 371.

[2]) ***Gaupp***, Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. (Vortrag.) Ztlbl. f. Nervenh. u. Psych. 1910. S. 65.

[3]) ***Friedmann***, Beiträge zur Lehre von der Paranoia. I. Über milde Paranoiaformen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 17, 1905.

G. Specht[1]) für die Paranoia im Sinne *Kraepelin*s vertreten hat — für die hypoparanoische Konstitution und die Involutionsparanoia gilt: daß sie einfach Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins seien. Der Angelpunkt der *Specht*schen Beweisführung ist, daß die Symptome der *Kraepelin*schen Paranoia solche sind, die auch bei manisch-depressiven Psychosen vorkommen, daß der paranoische Symptomenkomplex eine eigenartige Verbindung von Symptomen der Manie und der Melancholie darstelle, daß insbesondere die paranoische Affektlage eine Mischung depressiv-melancholischer und gehoben-manischer Verstimmung sei. Hinsichtlich der Symptomatologie kommt die Analyse meiner Krankheitsfälle zu genau demselben Ergebnis. Die Übereinstimmung im Symptomenbilde der Involutionsparanoia und den manisch-depressiver Erkrankungen geht sogar noch tiefer. *Specht* wies nur darauf hin, daß in der Wahngenese der Paranoiker außer dem Mischaffekt des Mißtrauens „die leichte Lockerung des assoziativen Gefüges und die assoziative Plusleistung", wie sie der hypomanischen Veränderung eigen sei, mitwirke. Ich konnte bei allen meinen Kranken eine eigenartige Denkstörung nachweisen, die als eine Verbindung von melancholischer Denkhemmung mit manischer Ideenflucht aufgefaßt werden kann. In den Halluzinationen, welche die Hälfte meiner Kranken aufweist, vermöchte ich ebensowenig wie *Specht* einen grundsätzlichen Unterschied zwischen diesen Erkrankungen und dem manisch-depressiven Irresein zu erblicken, da Halluzinationen bei zweifellos manisch-depressiven Erkrankungen nicht so selten, wie es manchmal behauptet wird, vorkommen. Einige meiner Kranken stehen (z. B. Frau Mayer und Frl. Bautner) der Manie näher, indem in der Affektmischung die heiter-selbstbewußte Komponente und in der Denkstörung das ideenflüchtig-konfabulatorische Element, in der Wahnbildung die Größenvorstellungen überwiegen; andere nähern sich den depressiven Erkrankungen, z. B. Jourdan, Vollnhals, Brandmayer, Fälle, bei denen die Stimmung mehr gedrückt oder ängstlich ist, die Wahnbildung sich ganz oder überwiegend in Verfolgungsideen bewegt, gelegentlich auch einfache Angstvorstellungen

[1]) *Specht*, Die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Ztlbl. f. Nerv. u. Psych. 1908.



auftreten, und in deren Denkstörung die Ausfallerscheinungen und die Neigung zum Haften (siehe bes. Frau Müller) in den Vordergrund treten. Sehr bemerkenswert ist die Neigung zu verselbständigten stereotypen Sprachäußerungen bei Frau Müller; Pat. erinnert darin an gewisse Angstpsychosen des Praeseniums, bei denen keine völlige Heilung erfolgt und einzelne Ausdrucksbewegungen und -äußerungen stereotyp werden. Was für die ausgesprochene Paranoia der Involutionsjahre gilt, bezieht sich natürlich auch auf die vorpsychotische hypoparanoische Konstitution. Daß Frau Mayer z. B. schon vor ihrer schweren Erkrankung hypomanische Wesenszüge an sich trug, unterliegt keinem Zweifel. Aber auch die Eigentümlichkeiten des Krankheitsverlaufes würden nicht hindern, meine Krankheitsfälle dem manisch-depressiven Irresein unterzuordnen, wenn man dasselbe in der von *Specht*, *Dreyfus* u. a. vertretenen Erweiterung anerkennt. So gut wie die hypomanische Konstitution und die konstitutionelle Depression als Teilerscheinungen des manisch-depressiven Irreseins betrachtet werden, so müßte das auch für die hypoparanoische Konstitution gelten. Nachdem *v. Hößlin* gezeigt hat, daß manisch-depressive Erkrankungen, die im höheren Lebensalter zum Ausbruch kommen, öfter nicht in Heilung übergehen, sondern in ein chronisches, bis zum Tode dauerndes, von Verblödung gleichwohl verschiedenes, geistiges Siechtum auslaufen, kann man die Involutionsparanoia nicht mehr deshalb aus den Grenzen des manisch-depressiven Irreseins verweisen, weil meine Krankheitsfälle eine stationär bleibende geistige Veränderung darbieten. Die Schwankungen im Krankheitsverlauf einiger Fälle (vgl. S. 35) lassen sich mit dem Steigen und Fallen der Krankheitserscheinungen bei den manisch-depressiven Erkrankungen vergleichen; ich erinnere besonders an die periodischen vierwöchentlichen Verschlimmerungen bei Brandmaier. Ähnliches berichtet *Banse* von seinen beiden ersten Fällen. Diejenigen Kranken, die im Anfang der Psychose mehr ängstlich waren oder gar Selbstmordversuche machten, während später eine selbstbewußte, zornige, kampfesmutige Stimmung hervortrat, erinnern an zirkuläre Erkrankungen, bei denen eine anfängliche Depression durch eine Manie abgelöst wird (S. 16, S. 36).

Beweisen nun alle diese Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen zwischen der Involutionsparanoia und dem manisch-depressiven Irre-



sein, daß die hypoparanoische Konstitution und die Involutionsparanoia dem manisch-depressiven Irresein angehören?

Was ist der Sinn dieser Frage? Wenn ich einen Menschen im mittleren Lebensalter unter dem Bilde einer katatonischen Erregung geistig verfallen sehe und bei demselben eine vielleicht nur wenig deutliche Pupillenträgheit und Hypotonie beobachte, so frage ich mich, ob dieser Krankheitsfall nicht trotz seiner ungewöhnlichen Symptomatologie der progressiven Paralyse angehört, d. h. ich frage, ob nicht in dem Gehirn dieses Kranken sich derselbe Krankheitsvorgang abspielt wie in den Gehirnen so vieler anderer Paralytiker mit den gewöhnlichen Krankheitserscheinungen. Ich kann die Gehirnpunktion machen und an dem gewonnenen Gehirnmaterial vielleicht die Paralyse histologisch nachweisen. Oder ich fahnde nach anderen körperlichen Symptomen, von denen es feststeht, daß sie mit dem paralytischen Gehirnprozeß gesetzmäßig verknüpft sind, welches Aussehen auch das psychische Bild des jeweiligen Kranken haben mag. Die Frage: Gehört die neue Beobachtung zur progressiven Paralyse? hat hier ebensosehr ihren Sinn, wie wenn ich bei einem Darmkatarrh mit blutigen Stühlen frage, ob der betreffende Krankheitsfall eine Darmtuberkulose ist und damit zu den tuberkulösen Erkrankungen gehört. Wenn mir aber zwei Menschen begegnen, der eine mit einem Wolfsrachen und der andere mit einem angeboren verkümmerten Finger, so hätte es offenbar keinen Sinn, zu fragen, ob das Leiden des einen zu dem des anderen Menschen „gehöre". In beiden Fällen handelt es sich um Entwicklungshemmungen, um angeborene, abnorme Verfassungen; darin liegt die einzige Gemeinsamkeit der beiden Fälle. Darüber hinaus zu fragen, ob das eine zum anderen gehöre, entbehrt jeden Sinnes. Abnorme angeborene Verfassungen können sich höchstens ähnlich sehen, indem in beiden Fällen teilweise dieselben Körperteile oder -funktionen in gleicher Weise abnorm beschaffen sind. Der Mann mit dem verkümmerten Finger ist einem Menschen mit angeborener Verkümmerung einer ganzen Hand ähnlicher als dem Manne mit dem Wolfsrachen.

Genau so ist das Verhältnis der hypoparanoischen Konstitution und der Involutionsparanoia zum manisch-depressiven Irresein. Die hypoparanoische Konstitution, als deren Steigerung die Involutionsparanoia zu betrachten ist, ist eine abnorme, seelische Verfassung.

Ihr liegt eine irgendwie geartete abnorme, angeborene Beschaffenheit des Gehirns zugrunde. Und das sogenannte manisch-depressive Irresein ist, wie ich mit *Hoche* und *Bumke* entgegen *Kraepelins* Auffassung überzeugt bin, keine Krankheit mit bestimmtem Krankheitsvorgang wie die progressive Paralyse, sondern ein Sammelbegriff für eine ganze Anzahl abnormer seelischer Konstitutionen: die einfach-manische und die einfach-melancholische, die ängstlich-lebhafte Konstitution, die zirkuläre Veranlagung, die hypochondrische Disposition, die Disposition zu heilbaren Motilitätspsychosen u. a. zurzeit noch nicht genauer erforschte Veranlagungen. Ich darf hier auf frühere Ausführungen verweisen, in denen diese Gedanken näher begründet wurden [1]). Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß die paranoische Konstitution und die unter dem Namen manisch-depressives Irresein beschriebenen abnormen Konstitutionen in zahlreichen Zügen übereinstimmen (vgl. oben). Aber bei alledem ist die paranoische Verfassung so, wie sie ist, ein Ding für sich, das übrigens auch durch viele Eigentümlichkeiten von der manischen, der melancholischen und der zirkulären Konstitution geschieden wird. Im Gegensatze zur Manie und Melancholie gehören die paranoischen Erkrankungen zum mindesten ganz überwiegend den Involutionsjahren an. Akute und wiederholte kürzere Attacken paranoischer Erkrankung treten gegenüber der Häufigkeit zeitlich begrenzter und wiederholter manischer bzw. depressiver Erkrankungen ganz bedeutend zurück. Die ausgesprochene paranoische Veränderung, die sich im Präsenium entwickelt, ist in einem viel geringeren Grade — wenn überhaupt? — der Rückbildung fähig als die manischen und melancholischen Erkrankungen. Keiner meiner Fälle hat etwa im früheren Leben eine manische, melancholische oder zirkuläre Erkrankung durchgemacht. Andere abnorme seelische Konstitutionen, die mit demselben Rechte wie die paranoischen Erkrankungen unter der Flagge des manisch-depressiven Irreseins vereinigt werden könnten — und zum Teil auch hier untergebracht werden, ich nenne nur die endogene Hypochondrie, die endogene Amentia und die heilbaren Motilitäts-

[1]) *Kleist*: Die Streitfrage der akuten Paranoia. Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. V, 1911. — Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. (Vortrag.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate Bd. III, S. 914.



psychosen — stehen der paranoischen Konstitution symptomatologisch und verlaufmäßig noch ferner.

Die Ähnlichkeiten, die identischen Merkmale werden immer geringer und seltener, wenn man nun die paranoische Konstitution mit der der Hysteriker, den hochgradig psychogen beeinflußbaren Psychopathen, den Haltlosen, den Phantasten, den Zwangskranken u. a. vergleicht. Aber auch zwischen diesen abnormen Konstitutionen und den Paranoischen fehlt es nicht ganz an gemeinsamen Zügen.

Dazu kommt nun noch, daß einzelne krankhaft veranlagte Naturen gleichzeitig auf mehreren seelischen Teilgebieten bzw. hinsichtlich mehrerer seelischer Funktionen abnorm veranlagt sind. Solche Persönlichkeiten könnten z. B. als Zirkuläre mit hysterischen Anfällen und Stigmen dem manisch-depressiven Irresein ebensogut wie der Hysterie zugerechnet werden. Derartige Krankheitsfälle zeigen am besten, wie unfruchtbar das Suchen nach bestimmten Krankheiten auf diesem Gebiete ist, auf dem es sich immer nur um angeborene seelische Verfassungen von größerer oder geringerer Ähnlichkeit handelt, um Naturen, die bald nur auf einzelnen Gebieten des seelischen Lebens — die reinen Fälle —, bald gleichzeitig auf mehreren Teilgebieten der Psychose abnorm beschaffen sind — gemischte Formen. Es wundert uns dann nicht, wenn wir auch die paranoische Konstitution gelegentlich in Kombination mit einer anderen, ihr mehr oder weniger ähnlichen abnormen Veranlagung auftreten sehen: z. B. die Verbindung hypoparanoischer Konstitution mit starker psychogener Beeinflußbarkeit, auf die oben hingewiesen wurde oder die zyklothymische Veranlagung, die dem 2. Paranoiafalle *Banses* eignete. Eine meiner Kranken (Frau Vollnhals) zeigte früher neben ihrer hypoparanoischen Verfassung eine hysterische Affektlabilität. Ich verweise endlich auf das Auftreten von Triebhandlungen in dem Falle *Rosentals*.

Es ist aber — wie ich gegenüber *Bumke* hervorgehoben habe — trotz der vielen Ähnlichkeiten und Mischfälle nicht nur aus Gründen der wissenschaftlichen Orientierung, sondern auch auf Grund der tatsächlichen Verhältnisse wohl möglich, gewisse Grenzen zwischen den abnormen Konstitutionen abzustecken und größere Gruppen zu bilden, deren Glieder durch eine größere Zahl jeweils gemeinsamer Merkmale zusammengehalten werden. Eine derartige Gruppe bilden die manischen, melancholischen, zirkulären und einige andere oben genannte



Konstitutionen; und zu dieser Gruppe gehören auch die hypoparanoische Konstitution und die Involutionsparanoia.

Bei allen diesen konstitutionell-Abnormen handelt es sich nicht um angeborene Defektzustände, wie beim angeborenen Schwachsinn und den angeboren defekten Charakteren (z. B. den Haltlosen), sondern um qualitative Abweichungen von der Norm. Ferner treten die auf dem Boden dieser abnormen Verfassungen entstehenden schwereren Krankheitszustände — mögen sie wieder verschwinden wie die einmalige oder wiederholte Manie oder bestehen bleiben wie die Involutionsparanoia — zum mindesten ganz überwiegend — aus inneren Gründne „autochthon“ (endogen) auf, so z. B. die Involutionsparanoia im Zusammenhang mit den körperlichen Vorgängen bei der sexuellen Involution. Man könnte nun für diese große Gruppe abnormer Konstitutionen die Bezeichnung „manisch-depressive Konstitutionen“ gebrauchen. Aber ich möchte dazu nicht raten. Mit dem Begriffe manisch-depressiv ist nun einmal die, wie ich glaube, irrtümliche Vorstellung der „Krankheit“ manisch-depressives Irresein verbunden. Und diese Bezeichnung wäre auch gegenüber der symptomatologischen Fülle und der verlaufmäßigen Mannigfaltigkeit der unter ihr zu vereinigenden Krankheitsbilder viel zu eng. Damit soll die große Förderung nicht verkannt werden, die durch die Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins der psychiatrischen Erkenntnis zuteil wurde. Die Zusammenfassung vieler bis dahin getrennter Erkrankungen unter diesen Begriff, nicht zuletzt auch die Ausdehnung dieses Begriffs auf das Krankheitsbild der Paranoia durch *G. Specht* war auf einer gewissen Stufe der Forschung notwendig, und erst durch diese Vereinigung der nur scheinbar so verschiedenartigen, in Wirklichkeit aber durch viele Gemeinsamkeiten verbundenen Krankheitszustände wurde einer, wie ich glaube, der Natur der Dinge mehr entsprechenden Auffassung der Weg bereitet.

Zusammenfassung.

1. Es gibt eine besondere abnorme seelische Konstitution, die durch erhöhtes Selbstbewußtsein, herrisches, eigensinniges Wesen, Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Mißtrauen gekennzeichnet ist: die hypoparanoische Konstitution.



2. Bei einer Anzahl hypoparanoisch Veranlagter tritt zur Zeit der sexuellen Involution, etwa zwischen dem 40. und 52. Lebensjahre, und wahrscheinlich bedingt durch die mit dem Versiegen der Funktionen der Sexualorgane zusammenhängenden körperlichen Veränderungen (innersekretorische Verschiebungen) eine Steigerung der abnormen Wesenszüge zum Bilde der Involutionsparanoia auf.

3. Die Elementarerscheinungen der Involutionsparanoia sind: eine Veränderung der Affektlage im Sinne eines mißtrauischen, aber auch in mannigfachen anderen Nüancen erscheinenden expansiv-depressiven Mischaffektes; Mißdeutungen, Illusionen und Erinnerungsfälschungen in der Richtung der herrschenden Affekte; Halluzinationen (Gehörstäuschungen, in einem Fall auch echte hypochondrische Sensationen) und eine eigenartige Denkstörung, die sich als eine Verbindung von Denkhemmung und Haften mit Ideenflucht darstellt. Die Wahnbildung ist das Ergebnis des Zusammenwirkens jeweils mehrerer dieser Elementarstörungen. Die Verschiedenheiten der Wahnbildung im einzelnen Falle — nur Beeinträchtigungsideen oder Beeinträchtigungs- und Größenvorstellungen, nachfühlbare oder wirklichkeitfremde, nicht nacherlebbare Wahnideen, unverrückbar festgehaltene oder bis zu einem gewissen Grade wechselnde Wahnvorstellungen, strenge Systematisierung oder Wahnbildung ohne völlig rest- und widerspruchlose Verknüpfung der Wahnvorstellungen — erklären sich aus der wechselnden Beteiligung, Intensität und Gestaltung der Elementarstörungen im Zustandbilde.

4. Die qualitative Abänderung der seelischen Funktionen vollzieht sich bald ganz allmählich, bald folgt auf ein anfänglich allmähliches Anwachsen der Krankheitserscheinungen eine akute oder subakute Verschlimmerung, zweimal führten erst wiederholte Krankheitsanfälle zur vollen Entwicklung des Leidens. Nach erreichter Krankheitshöhe, d. h. vom 48. bis 60. Lebensjahre ab, bleibt die psychische Veränderung im wesentlichen stationär. Das Leiden ist bei Frauen ungleich häufiger als bei Männern (9 Frauen unter 10 Fällen).

5. Nach *Kraepelins* neuester Schilderung der „Paranoia" sollen auch schon vor den Jahren der sexuellen Involution Erkrankungen vorkommen, die die Bezeichnung Paranoia verdienen und wie die Involutionsparanoia autochthone Steigerungen einer hypoparanoischen



Konstitution darstellen. Diese „Frühparanoia" bedarf ebenso wie die akute und periodische Paranoia noch dringend näherer Untersuchung.

6. Die hypoparanoische Konstitution (und die auf ihr erwachsende Involutionsparanoia) gehört mit der hypomanischen, depressiven und zirkulären Veranlagung zu einer größeren Gruppe abnormer Konstitutionen, der auch noch einige andere Anlageanomalien zugerechnet werden müssen. Eine Krankheit manisch-depressives Irresein, der die Paranoia ebenso untergeordnet wäre wie der progressiven Paralyse deren verschiedene klinische Erscheinungsformen, kann dagegen nicht anerkannt werden.

IV. Krankengeschichten.

1. Vollnhals, Therese, geb. Rost, verwitwete Beringer, Schuhmacherswitwe von Nürnberg, geboren 23. Mai 1848.

Der Vater soll getrunken haben, starb an Schlaganfall. Als jüngste Tochter wurde Pat. von den Eltern, die eine Ziegelei besaßen und sich in guten Verhältnissen befanden, sehr verwöhnt. Sie war nach ihrer eigenen Angabe als junges Mädchen „ein bissel zu eitel und eigen". Sie wusch ihre Wäsche, wenn dieselbe vom Waschen kam, immer noch einmal, damit sie ja recht blendend weiß wäre. „Daß ich die Schönste in ganz Schlüsselfeld war, hat man gesagt." Sie lernte leicht, war von Kindheit auf sehr fromm. Mit 20 Jahren erste Heirat, der Mann war Reisender, starb nach elfjähriger Ehe. Der älteste Sohn aus dieser Ehe, geistig gesund, erlitt vor kurzem, in seinem 43. Lebensjahre, einen Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung. Das zweite Kind starb mit $^3/_4$ Jahren an Zahnkrämpfen. Schon während ihrer ersten Ehe soll Pat. nach Angaben einer Freundin „furchtbar eifersüchtig" gewesen sein.

Nach dem Tode des Mannes übernahm Pat. Stellungen als Köchin und war in ersten Gasthäusern tätig. Sie kochte vorzüglich und wurde überall wegen ihrer unermüdlichen Tätigkeit, Gewissenhaftigkeit und Sparsamkeit gerühmt. Die erste Zeit nach dem Tode des Mannes war sie in Nürnberg, später viele Jahre in Würzburg und Kissingen in Stellung, bis sie Anfang der neunziger Jahre wieder nach Nürnberg zurückkehrte. In den letzten Jahren übernahm sie keine Dauerstellungen mehr, sondern mietete sich ein Zimmer und ging von dort tage-, wochen-, manchmal auch saisonweise zum Kochen. Nach den Angaben einer Freundin war sie ihr Leben lang hochmütig, eigenwillig, streng gegen die ihr unterstellten Küchenmädchen, mißtrauisch und furchtbar reizbar und launisch. Die Freundin bezeichnet sie als „hysterisch", ihr Sohn als „exzentrisch" und überschwenglich, in ihren Stimmungen schwankend und sehr beeinflußbar. Mit dem Personal, das sie als Köchin unter sich hatte, lag sie vielfach in

Fehde. Gegen ihre Meinung duldete sie keinen Widerspruch. Während ihrer Würzburger Zeit, im Alter von 34 Jahren, wurde sie durch Bekannte mit einem Reisenden zusammengebracht, verlobte sich mit demselben und zog kurze Zeit vor dem schon festgesetzten Hochzeitstermin zu ihrem Bräutigam. Als ihr hinterbracht wurde, daß der Mann seine erste Frau mißhandelt hätte, löste sie das Verhältnis wieder, obwohl sie schwanger war. Ihre Freundin bemerkt, daß das nur einer der vielen Fälle war, in denen Pat. plötzlich ohne reifliche Überlegung und ohne Nötigung alle vorher gefaßten Entschlüsse über den Haufen warf. Abgesehen von dem kurzdauernden Verhältnis mit jenem Reisenden will Pat. seit dem Tode ihres Mannes keinen Sexualverkehr gehabt haben. Auch ihre Freundin bestätigt, daß Pat. ein sehr anständiges Leben führte und sich in keine Verhältnisse einließ, obwohl sie Gelegenheit genug dazu gehabt hätte und obwohl sie selbst eine geschlechtlich sehr erregbare Natur war und alle Augenblicke glaubte, daß jemand sie begehrlich ansähe. Mit Vorliebe sprach sie von sexuellen Dingen und entwickelte auf diesem Gebiet eine Kenntnis, besonders bezüglich sexueller Perversitäten, die ihre Freundin in Erstaunen versetzte. Pat. behauptet, daß sie durch ihre Religiosität vom Verkehr mit Herren zurückgehalten worden sei. Während ihr Sohn von Verwandten des verstorbenen Mannes erzogen wurde, zog Pat. ihre uneheliche Tochter selbst auf, und es wird bestätigt, daß sie keine Mühe und keine Kosten für die Erziehung und den Unterricht derselben — in einem klösterlichen Institut, später in einer Haushaltungsschule — scheute. Mit ihrem Sohne, der später nach München kam und sich seit vielen Jahren dort als Schriftsetzer (Korrektor) in guter Stellung befindet, blieb Pat. immer in Verbindung und nahm das lebhafteste Interesse an seinem beruflichen Fortkommen, später an seiner Heirat und seinen Kindern und besuchte ihn gelegentlich in München. Bei sehr beträchtlichem Selbstbewußtsein wandte Pat. doch für sich wenig auf. Sie sagt selbst, sie sei für sich sparsam gewesen bis zum Geiz. Bei fein entwickeltem Ehrgefühl und großer Empfindlichkeit hatte sie doch ein richtiges Gefühl für Distanz und wußte ihren Vorgesetzten gegenüber immer, daß sie die Untergebene war. Obwohl ihr in den großen Hotelküchen die feinsten Speisen und Leckerbissen zur Verfügung gestanden hätten, aß sie selbst nur von den einfachsten Gerichten. Niemals Mißbrauch geistiger Getränke.

1899 — in ihrem 51. Lebensjahre — einige Jahre, nachdem Pat. wieder nach Nürnberg zurückgekehrt war, mietete sie in einem Hause am Kornmarkt, in dem der Schuhmachermeister Vollnhals seine Werkstätte hatte, ein Zimmer. Dieser V. lebte schon seit 22 Jahren in wilder Ehe mit einer Frau, der Schwester eines anderen Schuhmachers, die — wie auch von anderer Seite angegeben wird — einiges Vermögen besessen haben soll. Auch V. selbst, der sehr fleißig war, habe viel verdient. Bald nach dem Einzug von Pat. starb die Konkubine des V., und schon ¼ Jahr später — August 1899 — heirateten Pat. und Vollnhals. V. scheint



geglaubt zu haben, daß Pat. sich etwas Ordentliches erspart hätte, während der Verdienst von Frau V. großenteils für die Erziehung ihrer Tochter aufgegangen sein dürfte. Jedenfalls besaß sie bei der Heirat sehr wenig. Pat. selbst war in V. gründlich verliebt, sie bekommt noch jetzt einen roten Kopf, wenn sie von ihm spricht, er war ein „sauberer Mensch", sehr liebenswürdig, „ein Lebemann", er schenkte ihr Blumen vor der Heirat. Pat. sträubte sich erst, verhehlte dem V. auch nicht, daß sie eine uneheliche Tochter hätte. Die Bekannten sagten aber alle, sie sollte doch zugreifen, sie würde doch auch alt, bei V. bekäme sie es schön, „wie im Himmel", sie brauche nicht mehr zu arbeiten, nicht mehr zum Kochen zu gehen usw. Mit diesen Erwartungen eines bequemen Lebens, in dem sie sich von aller Arbeit und Sorge ihres Daseins auszuruhen hoffte, an der Seite eines, wie sie annahm, wohlhabenden Mannes, der sie überdies sexuell stark reizte, ging sie die Ehe ein — und fand sich bald enttäuscht. Es wird richtig sein, daß die Liebenswürdigkeit des V. bedeutend erkaltete, als er sich seinerseits in den Ersparnissen seiner Frau getäuscht sah. Schon im Mai 1900 klagte Pat. auf Scheidung, die aber in erster und zweiter Instanz (Juni 1901 und Juni 1903) abgewiesen wurde. Den Akten des Kgl. Oberlandgerichts Nürnberg entnehme ich: Pat. arbeitete seit ihrer Verheiratung nicht mehr, unterstützte ihren Mann auch nicht in dessen Geschäft und verlangte von ihm, daß er den Unterhalt und die weitere Ausbildung ihrer Tochter bestreite. Vor allem aber verfolgte sie ihren Mann mit einer sinnlosen Eifersucht. Zuerst behauptete sie, daß ihr Mann es mit der Tochter eines im gleichen Hause wohnenden Wirtes, eines gewissen Raab, halte. Sie lauerte ihrem Mann und der Raab auf und ließ dieselben durch Kinder, denen sie Trinkgelder gab, beaufsichtigen. Irgendeinen Beweis vermochte sie nicht zu erbringen. Später behauptete Pat. sogar, die Raab und ihren Mann mehrmals zusammen im Bette getroffen zu haben. Diese Angaben erwiesen sich als freie Erfindungen. Bald verdächtigte sie noch eine ganze Reihe anderer Frauen und Mädchen. Aus dem Zimmer einer Nachbarsfrau sei V. mit entblößtem Genitale herausgekommen. Das habe sie selbst gesehen. Mit einer anderen Frau habe er in der Küche, neben dem Schlafzimmer der Eheleute V., noch dazu am ersten Hochzeitstage der Eheleute V., geschlechtlich verkehrt. Hierzu gab sie bezeichnenderweise noch an, daß sie das Geräusch in der Küche anfangs nicht in dem bewußten Sinn aufgefaßt habe, sondern erst später zu dieser Überzeugung gekommen sei (wahrscheinlich retrospektive Erinnerungsfälschung). Das Oberlandesgericht spricht schon aus, daß die Eifersucht der V. krankhafter Natur sei. Auch die Mißhandlungen, die Frau V. ihrem Manne zur Last legte, stellten sich teils als reine Erfindungen (Erinnerungstäuschungen), teils als Übertreibungen heraus. Es konnte dem V. nicht mehr nachgewiesen werden, als daß er in begreiflicher Erregung über die unausgesetzten, häuslichen Streitereien seiner Frau ein paar Ohrfeigen gegeben hatte. Feststeht, daß



Frau V. mit ihrer Eifersucht und Unverträglichkeit ihren Mann nicht nur zum Gespött der Leute gemacht, sondern auch sein Geschäft ruiniert hat. 1902 zog V. von Nürnberg fort — er ist nach einigen Jahren in München gestorben — und Pat. übernahm wieder Stellungen als Köchin. Damals — im 54. Lebensjahre der Kranken — blieb die Periode weg. Pat. glaubte zuerst, sie sei in anderen Umständen. Keine klimakterischen Beschwerden.

Seit der Trennung von ihrem Manne ist Pat. nach ihrer Angabe das Opfer ungezählter Belästigungen, Beleidigungen und Vermögensschädigungen gewesen, die sie zu einem großen Teil mit ihrem Manne in Zusammenhang bringt. Überall erscheint ihr Mann, wenn sie eine Weile irgendwo wohnt oder in einer Stellung ist, und bringt es so weit, daß sie Wohnung und Stellung verlassen muß. Pat. sieht darin aber nicht nur Haß oder Rache seitens ihres Mannes, sondern — ein Ausdruck ihres ununterdrückbaren Verlangens nach dem Manne — glaubt sie, daß V. ihr alles Ungemach nur antue, um sie wieder zu sich zurück zu zwingen. So ziemlich alle Frauen und Mädchen, mit denen sie seit 1902 in Berührung gekommen ist, beschuldigte sie des Ehebruchs mit ihrem Manne. Alle Augenblicke erschien sie auf der Polizei mit einer Diebstahlsanzeige gegen ihre Hausgenossinnen. Niemals ergab sich ein Grund für ihre Behauptungen, so daß sie allgemein für verrückt gehalten wurde. Ein halbes Jahr war sie nach der Trennung von ihrem Manne bei einem Arzt in Nürnberg in Stellung, dann gab es Krach „durch Vollnhals". In den Jahren 1903/04 war Pat. 1 ½ Jahre lang erste Köchin im Kasino des hiesigen Feldartillerieregiments. Die Offiziere rühmen ihre gute Küche, ihre Sparsamkeit und ihre unermüdliche Tätigkeit, aber sie vertrug sich mit niemandem, verklatschte jeden bei jedem, beschuldigte die Lieferanten der Unterschlagung, so daß man ihr schließlich kündigen mußte. Auch das führt sie auf V. zurück, der, wie sie meint, zu den Unteroffizieren lief und Pat. anschwärzte; sie sah ihn „in den Gärten oben herumgehen". Noch ungefähr ½ Jahr wohnte Pat. hier in Erlangen und ging als Kochfrau in Gasthöfe und Privathäuser. Aber bald bemerkte sie, daß V. im Hinterhause ihrer Wohnung bei einem Schreiner wohnte; ein Postbote, der vorn wohnte, brachte ihm Briefe; das junge Mädchen aus Nürnberg, das Frau V. zuerst des Ehebruchs mit V. bezichtigt hatte, und eine andere junge Person aus Nürnberg, mit der V. dort auch schon verkehrt haben sollte, gingen in dem Hause aus und ein, so daß Pat. es nicht mehr aushielt und nach Nürnberg zurückkehrte — wie sie dachte, um ihrem Manne einen Gefallen zu tun. Sie wäre gern bereit gewesen, wieder zu ihm zu ziehen. Aber in Nürnberg wurde es nur schlimmer; sie wohnte da bei einer jungen Frau — wenn deren Mann des Morgens ins Geschäft ging, kam V. Mindestens 8000 M. soll er von dieser Frau bekommen haben. Diese Person wollte V. zuliebe ihren Mann vergiften: sie kochte ihm schlechtes Essen, er bekam die Krätze davon. Auch mit der Pfarrersköchin von der Frauenkirche in



Nürnberg hatte V. ein Verhältnis: eines Tages hieß es, der neue Herr Erzbischof ist gekommen und hält das Hochamt; als Pat. in die Frauenkirche kommt, wen sieht sie im erzbischöflichen Ornat?, den Herrn Professor Abert von Würzburg, den sie ja so gut kannte, da sie mit seiner Schwägerin, der Tischlermeistersfrau Abert in Würzburg, befreundet war. Sofort lief sie zum Gärtner und brachte selbst einen schönen Blumenstock ins Pfarrhaus, wo der Herr Erzbischof abgestiegen war, und wünschte dem Erzbischof selbst zu gratulieren. Als nun die Pfarrersköchin sie wegwies, war es klar, daß diese unverschämte Person ein Verhältnis mit V. hatte. Sie machte deshalb der Köchin und dem Pfarrer wiederholt Szenen, und sah, nachdem sie sich bei den Verwandten des Erzbischofs in Würzburg beschwert hatte, mit Genugtuung, daß der Erzbischof von da an nicht mehr beim Pfarrer Herold, sondern bei dem Herrn Stadtpfarrer Hauck abstieg, und so ist es ihr, der Frau V., Verdienst, daß der Dr. Hauck jetzt der Nachfolger vom Herrn Prof. Abert auf dem erzbischöflichen Stuhl in Bamberg geworden ist. Bei Einkäufen, die sie machte, wurde sie betrogen. Einmal kaufte sie sich ein neues Bett und fand bei der Ablieferung, daß man ihr ein älteres, minderwertiges Stück untergeschoben hatte. Auch dahinter steckte V. Nach den Angaben ihrer Freundin war in den letzten Jahren das Mißtrauen und die Reizbarkeit der Pat. aufs höchste gestiegen. Dabei nahm ihre körperliche Leistungfähigkeit mehr und mehr ab, was Pat. dem unausgesetzten Ärger zur Last legt. Sie vermochte sich zuletzt nicht mehr zu erhalten und kam im August 1905 in das Pfründnerhaus „Sebastianspital" in Nürnberg. Hier geriet sie auch mit jedermann in Streit und äußerte massenhafte Beziehungsideen, die sie überwiegend mit V. in Zusammenhang brachte. V. komme ins Spital, gebe große Summen für verschiedene Pfründnerinenn aus und treibe Unzucht mit denselben. Auf Vorhalt, daß in dem gemeinsamen Schlafraum doch so etwas nicht möglich sei, erklärte sie, daß alle Pfründnerinnen zusammen hülfen, weil sie von V. bestochen seien. Wenn sie zur Kirche ging, sah sie Polizisten hinter sich in Zivil herkommen; sie sei doch keine Verbrecherin. Es gab erregte Auftritte. Sie spuckte vor einzelnen Pfründnerinnen aus. Der Spitalverwalter unterschlüge die Briefe an Frau V. Sie verlangte andauernd besseres Essen; ihr Mann sei daran schuld, daß man es ihr vorenthalte, während er den anderen Frauen die feinsten Eßwaren und andere Geschenke brächte. Sie sah ihn alle paar Tage in eines der Gebäude des Spitals hineingehen und erwartete vergeblich, daß er wieder herauskommen sollte. Auch hier glaubte sie, daß ihr Mann mit aller Mißhandlung nichts weiter beabsichtigte, als Frau V. wieder zu sich zurückzubringen. Pat. mußte am 26. November 1907 in die psychiatrische Abteilung am Nürnberger Krankenhause aufgenommen werden, von wo sie am 17. Dezember 1907 hierher kam.

Seitdem, d. h. seit 5 Jahren, ein im wesentlichen unverändertes Krankheitsbild, das in erster Linie charakterisiert ist durch ein

ganz kolossales Mißtrauen und durch argwöhnische Mißdeutungen wirklicher Vorgänge. Pat. nimmt die Wäsche und die Kleidung mit mißtrauischen Augen in Empfang, wendet sie hin und her und findet mit tödlicher Sicherheit etwas daran auszusetzen. Man beschmutzt die Sachen absichtlich, um sie zu ärgern. Die Seife ist zu scharf für ihre zarte, weiße Haut. Von keinem Teller und mit keinem Löffel ißt sie, den sie nicht persönlich vorher gereinigt hat, nie nimmt sie die Mahlzeiten im gemeinsamen Raume, sondern immer in ihrem Zimmer ein, wo sie alles mit pedantischer Sauberkeit herrichtet. Mit der Miene des Ekels weist sie die Suppe zurück, die nicht sie, sondern eine Pflegerin aus dem großen Behälter geschöpft hat. Das Essen, das sie als feine Köchin von vornherein als jeder Kritik spottend bezeichnet — wie oft hat sie gebeten, einmal sie kochen zu lassen, dann würde man sehen, was ein richtiges Essen sei! —, dies Essen wird jedesmal genau untersucht, und gewiß entdeckt sie ein Körnchen oder ein Fädchen darin, über das sie in Zorn und Ärger gerät. So und so oft schickt sie das Essen wieder hinaus, um sich dann dem Arzte gegenüber bitter zu beklagen, daß man sie verhungern lasse. Direkte Vergiftungsideen werden nur ausnahmsweise — s. u. — geäußert. Bald ist es diese, bald jene Pflegerin, über deren Grobheit sie sich aufhält. Aus den Worten der an ihrem Zimmer vorbeigehenden Pflegerinnen hörte sie Schimpfworte heraus, „Fetzen". Man singt draußen ihr zum Spott „Ehescheidungslieder". Es handelt sich um Mißdeutungen und Illusionen; echte Halluzinationen sind nicht sicher nachzuweisen. Körperliche Unpäßlichkeiten versetzen sie in lebhafte Befürchtungen. Vor 2 Jahren hatte sie einen Furunkel am r. o. Augenlid, bei dessen Behandlung sie stets Mißgriffe des Arztes fürchtete, für ihr Augenlicht besorgt war und sich vor allem bei der Inzision entsetzlich anstellte. Von diesem Furunkel ist eine kleine, derbe, etwas erhabene Narbe zurückgeblieben, an der sie täglich herumtastet. Es werde noch ein Geschwür daraus werden und sie zugrunde gehen. Man soll ihr das „Horn" entfernen — aber beileibe nicht durch Operation. Bei diesem Vorschlag macht sie entrüstet und beleidigt kehrt. Durchaus nicht alle ihre zahllosen Mißtrauensäußerungen werden im Sinne ihrer fixierten Wahnideen verarbeitet. Vielfach bleibt es bei der einfachen Behauptung der Schädigung oder Mißachtung seitens dieser oder jener Person. Sehr vieles allerdings deutet Pat. im Sinne der von früher bekannten Verfolgungen seitens ihres Mannes. Wenn man sie übrigens direkt danach fragt, so bringt sie auch die zunächst isoliert geäußerten Verdächtigungen mit ihrem Manne in Zusammenhang. Der Mann ist hier in der Klinik, wenigstens kommt er sehr oft herein. Er verkehrt mit den Ärzten, er macht den Pflegerinnen Präsente. Warum? Aus Dank für die sexuellen Gefälligkeiten und um Pat. zu ärgern. Die Oberpflegerin bekam Geld von ihm für das Haus, das sie sich gebaut hat. Mit der Kranken im Nebenzimmer hat V. ein Verhältnis. Mit geheimnisvoller, leiser Stimme erzählte Pat. kürzlich, wie sie in der Nacht gehört

hätte, daß die Oberpflegerin erst die Türen schloß, dann aber wieder herunterkam und jemanden bei ihrer Zimmernachbarin einließ. Auch alles Weitere hat sie genau gehört. Die Oberpflegerin hat ein besonders schlechtes Gewissen ihr gegenüber. In diesem Herbst hatte Pat. einmal Durchfall, den sie auf Vergiftung seitens der Oberpflegerin zurückführte. Am Tage vorher habe der Herr Stadtpfarrer ihr vom Garten aus zugerufen: „In diesen Tagen werden Sie entlassen" (Konfabulation!). In der Nacht darauf fingen die Leibschmerzen an, so daß sie glaubte, sterben zu müssen. Die Oberpflegerin wußte sich eben nicht mehr anders zu helfen; denn wenn alles aufkäme, müßte die Oberpflegerin vor Gericht, und es ginge ihr schlecht. Die Oberpflegerin und auch das übrige Personal verhindern, daß V. zu ihr komme, was sie trotz aller von V. ausgehenden Mißhandlungen sehnlichst wünscht. Öfter verkennt sie einen im Garten vorbeigehenden Mann für V., aber nie hat sie ihn genau gesehen. Es sind alles nur Illusionen oder nachträgliche Erinnerungstäuschungen. Man unterschlägt auch seine Briefe, man sperrt Pat. überhaupt vollkommen von der Welt ab. V. habe ihr Essen II. Klasse und besseren Nachmittagskaffee in der Verwaltung bezahlt, aber das Personal unterschlägt das für sie bestimmte Essen und tut sich daran gütlich. Alle arbeiten zusammen, um sie an dem großen Vermögen des V. nicht teilnehmen zu lassen, während alle anderen von V.s Geld herrlich und in Freuden leben. Ganze Kisten mit Weinflaschen seien schon hier hereingebracht worden. Man sieht, daß der Verfolgungswahn in seiner näheren Ausgestaltung zwei sich eigentlich ausschließende Richtungen einschlägt: einmal ist V. der Verfolger, der alle gegen die Kranke verhetzt und besticht, und dann ist es wieder das Personal, das den V. von ihr fernhält und ihr alles Gute, was V. ihr zukommen lassen möchte, vorenthält. Außer den Mißdeutungen sind besonders zahlreiche Erinnerungsfälschungen in den wahnhaften Angaben enthalten.

Von sich selbst spricht Pat. stets mit Selbstgefälligkeit und Hochmut. Sie rühmt, wie schön und klug sie war, wie alle Leute sie gelobt haben in ihren Stellungen, und wie alle sie gern hatten. Bei ihrer Bekannten in Würzburg ist ein Zimmer, das für sie jederzeit bereitsteht. Ihre Bekanntschaft mit dem Herrn Professor Abert, dem späteren Erzbischof von Bamberg, hebt sie gebührend hervor. Auf ihre Behauptung, der jetzige Erzbischof von Bamberg verdanke ihr seine Beförderung, sei verwiesen. Während sie Köchin in dem hiesigen Offizierskasino war, führte sie „ein engelreines Leben, jeden Tag in die Messe". Vor allem beherrscht sie der größenwahnsinnige Gedanke, daß ihr Mann ein Vermögen von Millionen habe, an dem teilzuhaben ihr Recht sei. Ihre Vorstellungen über dies Vermögen sind ungeheuerliche Übertreibungen der Tatsache, daß die frühere Konkubine des V. ein mäßiges Vermögen besessen hat. Ihr Mann habe ihr allerdings nie Einblick in seine Vermögensverhältnisse gewährt, aber sie wisse, daß er im Schrank unter Pfeifenköpfen lauter Papiere liegen hatte — das seien sicher Wertpapiere gewesen. Der



Verwalter im Sebastianspital habe auch einmal zu ihr gesagt: „Sie sind eine reiche Frau, Frau V.“ Es dürfte sich um eine Erinnerungstäuschung handeln. V. müsse ja auch kolossal reich sein, sonst könnte er nicht alle Welt bestechen und überall die kostbarsten Geschenke machen. V. ist im Sommer 1908 gestorben. Zunächst war Pat. über die Nachricht sehr betrübt, aber sehr bald behauptete sie, daß die Nachricht erlogen sei. Sie gerät jedesmal in großen Zorn, wenn man sie von dem längst erfolgten Tode ihres Mannes zu überzeugen sucht. Sie höre und sehe ihren Mann ja, also lebe er. Auf Erinnerungstäuschungen beruht es, wenn Pat. behauptet: der Herr Stabsarzt, der früher zur Klinik kommandiert war, habe ihr versprochen, ihr wieder eine Stelle im Offizierskasino zu verschaffen; oder: ihre Entlassung sei ihr so und so oft versprochen worden. Sehr oft erklärt sie mit größter Bestimmtheit, daß die Ärzte ihr besseres Essen oder diese oder jene Vergünstigung verschrieben hätten.

Zuzeiten ist Pat. auch nicht die mißtrauische, gereizte, feindselige Person, als die sie bisher geschildert wurde. Wenn man einen oder den anderen ihrer vielen Wünsche erfüllt, kann sie sehr liebenswürdig werden. Sie rühmt dann mit einer manchmal widerlichen, katzenartig-schmeichlerischen Freundlichkeit den trefflichen Arzt, der ihre Beschwerden und Wünsche endlich verstehe, während seine Vorgänger unwissend und grob waren. Ebensooft dreht sie den Spieß allerdings um. Wenn man ihrem anspruchvollen Wesen nicht gerecht werden kann, so weist sie einem die Tür und stellt frühere Ärzte als leuchtende Vorbilder hin. So lange sie in den Hoffnungen, die sie auf einen Arzt setzt, nicht enttäuscht ist, trägt sie demselben oft eine aufdringliche Vertraulichkeit entgegen: sie winkt ihn mit bedeutungvoller Miene zu sich ins Zimmer herein, verschließt die Tür sorgfältig, damit ja keine Pflegerin etwas vernehmen könne, und erzählt leise, mit großer Zungenfertigkeit, von den vielen Belästigungen und Unfreundlichkeiten, denen sie ausgesetzt sei. Es gelingt auch öfter, durch eine kleine Schmeichelei, der sie stets sehr zugänglich ist, den Bann ihres abweisenden Wesens zu brechen. Ein erotischer Zug ist in ihrem Verhalten den Ärzten gegenüber nicht zu verkennen, während sie bezeichnenderweise gegen eine Praktikantin sich besonders abweisend verhielt. Einen der früheren Ärzte hatte sie vornehmlich in ihr Herz geschlossen. Sie will ihn zu ihrem Hausarzt machen, wenn sie entlassen wird. In ganz ähnlicher Weise, wie hinsichtlich ihres Mannes, behauptet sie, daß Dr. Z. noch oft hereinkomme und nach ihr frage, aber die Oberpflegerin lasse ihn nicht vor. Bei den Schwankungen des affektiven Verhaltens handelte es sich aber nicht um autochthone Veränderungen der Stimmungslage: immer waren äußere Umstände, die bald dem Mißtrauen und dem Zorn der Pat. Nahrung gaben, bald ihre Hoffnungen weckten oder ihre sexuellen Gefühle erregten, an diesen Veränderungen der Stimmungslage schuld. Pat. zeigt eine bigotte Frömmigkeit: sie betet jeden Tag stundenlang und ist empört, wenn man sie in dieser Beschäftigung stört; ihr Nachtkästchen hat sie in eine Art von Hausaltar umgewandelt.



Es geht schon aus dem Gesagten hervor, daß Pat. in ihrer Weise tätig ist: sie verbringt mit Beten und mit der pedantisch genauen Besorgung ihres Zimmers, der Kleidung, der Leibwäsche, des Bettes und der Eßgerätschaften fast den ganzen Tag. Arbeiten zu verrichten, die der Klinik zugute kommen, lehnt sie ab. Sie hört nicht auf, ihre Entlassung zu verlangen. Ihr Wunsch ist, in wahrer Ruhe und wahrer Religion ihr Leben beschließen zu dürfen. Sie will weder von Vollnhals etwas wissen, wenn sie entlassen sei, noch will sie die vielen Menschen, die sich an ihr versündigt haben, zur Rechenschaft ziehen. Das überläßt sie dem Himmel.

Am 30. November 1911 erlitt Pat., nachdem sie einige Tage vorher mehrfach über Schwindel und Brechneigung geklagt hatte, eine leichte, linkseitige Hemiplegie, die sich bald bis auf geringe Reste zurückbildete. Pat. war in den ersten Wochen nach dem Schlaganfall weinerlich, brach über geringe Anlässe in Tränen aus, ihr hochfahrendes, anspruchvolles Wesen hatte sich in ein ganz demütiges und verzagtes verwandelt. Aber bald wurde sie wieder die alte: sie folgte den ärztlichen Anordnungen nicht und stand auf, wenn es ihr beliebte. Zurzeit ist ein Unterschied in ihrem Verhalten gegenüber der Zeit vor dem Schlaganfall nicht zu bemerken.

Die Merkfähigkeit, die früher nicht gestört war, ist jetzt — nach dem Schlaganfall! — in geringem Grade, und zwar nur für Zahlen, herabgesetzt. Die Erinnerungen an den persönlichen Lebensgang und das sonstige Wissen sind wohl erhalten, und zwar auch die in den letzten Jahren erworbenen Erinnerungen. Beim Rechnen, beim Erklären von Abbildungen und bei anderen Denkaufgaben macht sich eine Denkerschwerung, ein Mangel an geistiger Spontaneität und Beweglichkeit, im Verein mit der Neigung, auf einem einmal gefaßten irrtümlichen Gedanken zu beharren, geltend — Züge, die mit der sonstigen Lebhaftigkeit der Pat. auffällig kontrastieren. Es fällt überhaupt schwer, die Aufmerksamkeit der Kranken umzuschalten: wenn die Kranke von irgendeinem Gegenstande redet, so erscheint sie für anders gerichtete Fragen sehr schwer zugänglich, zuzeiten geradezu taub. Besonders haftet sie an unangenehmen, ihren Ärger und ihr Mißtrauen nährenden Erinnerungen. So kann sie tagelang mit ermüdender Einförmigkeit immer wieder dieselben Klagen über das Versehen einer Pflegerin oder eine verdächtige Bemerkung, die sie gehört haben will, vorbringen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß ihr Denken überhaupt inhaltlich eingeschränkt ist und sich ganz vorwiegend mit den ihrer Affektlage entsprechenden Beeinträchtigungsideen und den wahnhaften Hoffnungen und Wünschen beschäftigt.

Die Intelligenzprüfung konnte infolge des Widerstrebens der Kranken nicht so genau durchgeführt werden wie bei den anderen Kranken. Zum Beispiel ließ sich die Kranke nicht zu einer Assoziationsprüfung bewegen.

Pat. spricht lebhaft, mit lebhaftem Mienenspiel und entsprechenden Ausdrucksbewegungen. Bei der Erzählung ihrer krankhaften Erlebnisse, in geringerem Grade auch bei anderen Unterhaltungsgegenständen pro-



duziert sie einen Überschuß an Vorstellungen und ergeht sich weitschweifig in der detaillierten Aufzählung vieler Einzelerinnerungen, die ihr dabei einfallen — ohne daß sie den Faden verlöre.

Körperlich zeigt die jetzt 68 jährige Frau eine deutliche Verhärtung und Schlängelung der Radial- und Temporalarterien. Blutdruck sehr gesteigert, 215. Im Urin kein Eiweiß. Sehr geringe Schwäche des l. Mundfacialis und geringe Steigerung des l. Patellarreflexes. Ergrautes Haar. Pat. macht sonst mit ihren lebhaften Gesichtszügen und der frischen Farbe einen jugendlicheren Eindruck, als ihrem Alter entspricht. Sie ist eine wohlgestaltete Frau, der man die frühere, von ihr selbst so gerühmte Schönheit wohl glauben mag.

2. Brandmaier, Kaspar, verheirateter Schneidermeister von Nürnberg, geboren am 1. März 1835.

Keine Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie. Pat. ist unehelich geboren. Er wuchs bei den Großeltern in einem Dorf in der Nähe Erlangens auf, lernte in der Schule mittelmäßig und kam nach der Schule zu einem Schneider in Erlangen in die Lehre, bei dem er 4 Jahre blieb. Weitere 4 Jahre war er auf Wanderschaft, diente von 1856 bis 1859 bei einem Infanterieregiment in Ingolstadt und arbeitete dann einige Jahre bei verschiedenen Meistern in Nürnberg. Hier knüpfte er ein Verhältnis mit seiner späteren Frau an, die er einige Jahre danach heiratete, nachdem er sein Meisterstück gemacht und sich als Schneidermeister in Nürnberg niedergelassen hatte. Seiner Frau, einer Damenschneiderin, hatte er schon vorher ein Geschäft und einen Laden eingerichtet. Er verdiente ausreichend und beschäftigte immer 2 Arbeiter. B. ist nach seiner Angabe von Kindheit an sehr fleißig und ernst gewesen; gedrückter Stimmung war er jedoch nie. Mit Selbstbewußtsein erzählt er, daß er bei allen seinen Meistern und bei seinen militärischen Vorgesetzten beliebt war. Als Geselle sei er kaum zweimal in eine Wirtschaft gegangen, so sparsam sei er gewesen. Nach Angaben seiner Frau, die seinen Ernst, seinen Fleiß und seine Sparsamkeit bestätigen, ist er schon in jungen Jahren reizbar und herrisch gewesen; es war nur mit ihm auszukommen, wenn man seinen Willen tat. Zur Eifersucht habe er auch schon immer geneigt.

Der Beginn der Erkrankung läßt sich nicht ganz genau bestimmen. Nach Angaben der Frau begannen die Schwierigkeiten einige Jahre vor einem gleich zu erwähnenden Schlaganfall, der sich im Jahre 1897 ereignete. Nach Angaben des Kranken selbst hat die Krankheit etwa 8 Jahre vor jenem Schlaganfall, also um 1899, d. h. in B.s 54. Lebensjahre, begonnen. B. wurde höchst eifersüchtig. Seine Frau, die bis dahin treu und ordentlich gewesen sei, hat nach seiner Angabe mit den verschiedensten Leuten Liebesverhältnisse angefangen. Besonders beargwöhnte B. seine Gesellen; zuletzt beschuldigte er die Frau, mit ihrem Sohn Gottfried, der damals einige 20 Jahre alt war, geschlechtlichen Verkehr zu haben. Über diesen Sohn hatte B. schon vorher viel Kummer und Ärger gehabt. Er war



nach B.s Angabe liederlich und leichtsinnig, lernte schlecht und wurde gegen den Willen des Vaters Kellner. Die Mutter nahm immer die Partei des Sohnes, wodurch es zu häufigen Streitereien zwischen den Eltern kam. Hinter dem Rücken des Vaters versah die Mutter den Sohn mit Essen und Kleidern. Die Frau habe den Sohn überhaupt verdorben. B. sagt, daß er in jenen Jahren recht gedrückter Stimmung gewesen sei, er habe gar keinen Trieb zur Arbeit mehr gehabt, sei lebensüberdrüssig gewesen, dabei aber immer voll Zorn auf das „Hurenweib", das an allem schuld gewesen sei. An Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen, Gedächtnisschwäche habe er damals noch nicht gelitten. Während dieser Zeit ging sein Geschäft mehr und mehr zurück. Nach der Erzählung von B.s Frau war die Eifersucht, die sich bei B. in jenen Jahren mehr und mehr entwickelte, nur eine Teilerscheinung einer weitergreifenden seelischen Veränderung. Die ihm von jeher eigene Reizbarkeit verschlimmerte sich, B. prügelte die Lehrbuben und zankte sich mit den Gesellen wegen kleinlicher Anlässe. Kein Arbeiter hielt mehr bei ihm aus. Dabei wurde B. bequem und anspruchvoll. Er arbeitete wenig oder gar nicht, ging spazieren, suchte ganz gegen seine frühere Gewohnheit oft Wirtschaften auf; zum zweiten Frühstück verlangte er, daß seine Frau ihm ein Glas Wein und ein Stück Torte oder Rohwurst hinstellte. Geschah das nicht, so schlug er mit dem Spazierstock auf den Tisch. Er beschimpfte seine Frau in gemeinen Ausdrücken, erzählte von der vermeintlichen Untreue der Frau in allen Wirtschaften. Er lauerte ihr mit einem Stock an den Straßenecken auf, weil er glaubte, daß die Frau ihren Liebhaber bestellt hätte, wenn sie ausging, um irgendeine Besorgung zu machen. Mit dem Sohne, den er des Verkehrs mit der Mutter bezichtigte, gab es schreckliche Auftritte, bis dieser das Elternhaus verließ. Auch Frau und Sohn haben nicht bemerkt, daß B. in jenen Jahren gedächtnisschwach geworden wäre oder an Kopfschmerzen oder Schwindelanwandlungen gelitten hätte.

Im März 1897 trat bei B. plötzlich eine rechtseitige Taubheit und rechtseitige Facialislähmung unter Schwindelgefühl und Erbrechen ein. Es war eine Apoplexie in der Gegend des Facialis- und Acusticuskerns (vgl. unten Befund). Der behandelnde Arzt dachte zunächst an ein Ohrenleiden und zog einen Ohrenarzt (Dr. *Bauer*) zu, der den B. mit dem Ohrenspiegel untersuchte und ihm riet, sich ins Krankenhaus aufnehmen und operieren zu lassen. Gegen diesen Arzt faßte B. ein starkes Mißtrauen, mißdeutete die ohrenärztliche Untersuchung und führte in der Folge alle möglichen Beschwerden darauf zurück, daß Dr. *Bauer* ihm bei der Untersuchung einen Schaden zugefügt habe. Er habe ihn ins Ohr gestochen und ihn dabei „an den Nerven angepackt". Dr. *Bauer* sei ein schlechter Mensch. Ein gewissenhafter Arzt tue so etwas nicht. Vermutlich habe B.s Frau den Dr. *Bauer* zu diesem Bubenstreich veranlaßt. Grund zu dieser Annahme findet B. darin, daß seine Frau auf der Treppe zu dem Dr. *Bauer* gesagt habe, Brandmaier sei streitsüchtig. Sexuelle Beziehungen

zwischen seiner Frau und Dr. *Bauer* nimmt B. — wenigstens jetzt — nicht an. Dr. *Bauer* habe auch gesagt, wenn B. sich im Krankenhaus operieren lasse, so werde er, Dr. *Bauer*, auch hinkommen, um nachzusehen, was sich bei der Operation finde. Auch daraus leitet B. ab, daß Dr. *Bauer* etwas Unrechtes an ihm getan habe. Mit dem Schlaganfall verschlimmerte sich B.s seelischer Zustand beträchtlich. B. wurde immer reizbarer, brutaler und eifersüchtiger und arbeitete gar nicht mehr. Er hatte die verschiedensten sonderbaren körperlichen Beschwerden, die hauptsächlich mit den durch den Schlaganfall gesetzten Störungen zusammenhingen und großenteils wahnhafte Ausgestaltungen derselben darstellten. Er litt viel an Kopfschmerzen und Schwindel und führte das auf eine Nervenverschränkung zurück. Die Nerven des Hinterkopfes müßten nach vorn gelegt worden sein. Das Gehirn schwimme im Kopf umher, es habe keinen rechten Halt mehr, es seien tolle Bewegungen im Kopfe. Die Ohrennerven seien gezerrt und durch ein Geschwür herausgedrängt worden. Sie gingen nun durch den Kehlkopf herunter, so daß er sie im Magen spüre. Früher hätten die Nerven, die längs verliefen, gebremst, wenn sich die anderen darüberschoben, jetzt stächen sie sehr. An all diesen Qualen sollte der Dr. *Bauer* schuld sein. B. lief von Arzt zu Arzt. Im Jahre 1897 war er zweimal für einige Tage in der hiesigen medizinischen Klinik bei Herrn Professor *v. Strümpell.* Auch die Krankengeschichte der medizinischen Klinik bemerkt: „Stimmung des Pat. hypochondrisch; fürchtet immer Schlaganfall". Mit seiner Frau, die den Mann nunmehr ganz ernähren mußte, lebte er ständig in Hader. Er bedrohte sie oft tätlich, drosselte sie wiederholt. Wenn sie sich aus Furcht vor ihm abends einschloß, schlug er gegen die Tür und versuchte, dieselbe einzudrücken. Als seine Frau im Juli 1899 eine andere Wohnung mietete, erklärte B., nicht mitziehen zu wollen, und begab sich in das Sebastianspital (Versorgungshaus), von wo er am 4. November 1899 in die psychiatrische Abteilung des Nürnberger Krankenhauses verbracht werden mußte. Er hatte auch im Sebastianspital mit dem Personal Streit bekommen, war zeitweise sehr aufgeregt, verlangte vor Gericht gehen zu dürfen, um gegen Dr. *Bauer* eine Entschädigungsklage zu stellen. Einmal war er sogar in die Wohnung des Herrn Dr. *Bauer* gegangen, hatte denselben zur Rede gestellt und ihm mit Verklagen gedroht. Bei der Verbringung ins Krankenhaus schlug er den ihn begleitenden Pfleger plötzlich ins Gesicht und lief davon. Wieder eingefangen, raufte er sich mit dem Pfleger und einem Schutzmanne derartig, daß man ihn nur mit größter Mühe überwältigen konnte. Im Krankenhause verlangte er wiederholt in heftiger Weise seine Entlassung, zu anderen Zeiten war er still, verschlossen und machte zweimal einen Selbstmordversuch: einmal wollte er sich aufhängen, ein andermal versuchte er mit einer zugeschärften, stählernen Brillenstange sich die Speichenschlagader am linken Arm zu öffnen.

Am 14. Dezember 1899 wurde B. vom Nürnberger Krankenhaus



in die hiesige Heil- und Pflegeanstalt (Psychiatrische Klinik) überführt. Er brachte hier die Eifersuchtsvorstellungen gegen seine Frau in der schon geschilderten Weise vor und äußerte die schon genannten mannigfachen hypochondrischen Beschwerden, die er auf den Eingriff des Dr. *Bauer* zurückführte. In den ersten Tagen war B. gedrückt und weinerlich und wünschte nichts sehnlicher, als bald zu sterben; bald aber wurde er mürrisch und verschlossen und verlangte mit Bestimmtheit und affektvollen Ausfällen seine Entlassung. Er verweigerte, als seinem Drängen nicht nachgegeben wurde, die Nahrung, ein andermal zerriß er seine Kleider und warf sie voll Zorn auf den Boden. Dem Arzt erklärte er, wenn er nicht hinauskomme, „hutze“ er sich den Kopf an die Wand, daß das Gehirn herausspritze. „Das soll stehen in der Weltgeschichte als warnendes Beispiel.“ Er schimpfte auf Ärzte und Direktor, die seine Briefe unterschlügen und Besuche nicht zu ihm ließen, auf seinen Bruder, der sich seiner nicht annehme, auf Herrn Dr. *Beckh*, den Leiter der Nürnberger psychiatrischen Abteilung, auf dessen falsche Angaben hin Pat. hierher gekommen sei. Er müsse hier bleiben, damit Dr. *Bauer* und Dr. *Beckh* ihren Kopf aus der Schlinge ziehen könnten. Er schloß Freundschaft mit einigen ähnlich unzufriedenen und reizbaren Elementen und stellte mit diesen gemeinsam den Arzt zur Rede. Er verlangte einen Rechtsanwalt und protestierte gegen seine Einweisung in die Anstalt. Von seiner Frau behauptete er in der ersten Zeit, daß sie sich hier in der Anstalt aufhalte und sich hier jedem hingäbe; er habe sie zum Waschhause gehen sehen. Als Herr Professor *Specht* vor einigen Jahren vom Prinzregenten in Audienz empfangen und zur Tafel gezogen wurde, brachte B. das damit in Zusammenhang, daß B.s Tochter eine Eingabe um Entlassung B.s aus der Anstalt gemacht habe. Her Professor *Specht* sei nur deshalb nach München befohlen worden, um dem Regenten über B. Bericht zu erstatten. Im übrigen entwickelte sich die Wahnbildung nicht weiter. Die einmal entstandenen Wahnvorstellungen blieben aber unerschütterlich bestehen und bestehen noch heute, 23 Jahre nach Beginn der Wahnbildung, fort und werden noch immer mit starkem Affekt geäußert. Außer den wohl größtenteils illusionären Mißempfindungen keine Sinnestäuschungen. Die Intensität der Krankheitserscheinungen, insbesondere das affektive Verhalten schwankte während der ganzen Zeit periodisch. Alle 4 Wochen war B. für einen oder mehrere Tage mehr gereizt, er kam dann aus seiner mißlaunigen Verschlossenheit heraus, geriet über Kleinigeiten in heftige Erregung, schimpfte auf das Essen, die Kleidung, vor allem aber auf seine Freiheitsberaubung, auf seine Frau und den Dr. *Bauer*. Seine hypochondrischen Beschwerden und Wahnvorstellungen beschäftigten ihn dann mehr als sonst. Wiederholt äußerte er an solchen Tagen Selbstmordabsicht.

In den letzten Jahren haben die Stimmungsschwankungen an Intensität nachgelassen und sind auch manchmal für längere Zeit ausge-



blieben. Auch in ruhigen Zeiten ist B. reizbar, aber es läßt sich bei vorsichtiger Behandlung mit ihm auskommen. Mit den anderen Kranken pflegt er wenig Umgang, ist aber Unterredungen zugänglich. In Kleinigkeiten zeigt er einen auffälligen Starrsinn, z. B. geht er seit Jahren nie mit in den Garten, weil es ihm widerstrebe, unten in dem „Pferch" herumzuspringen. Er trägt seit Jahren nur Lederpantoffeln, wodurch er sich eine Verhornung der ganzen Fußsohlen zugezogen hat. Wenn ihm irgend etwas körperlich fehlt, so läßt er sich nicht behandeln, Medikamente fürchtet er als „Giftzeug".

Über die Intelligenz fehlen genauere Angaben aus den früheren Jahren des Anstaltaufenthalts. Der geschilderte Zustand des Kranken läßt aber gröbere Defekte für jene Zeit wohl sicher ausschließen. Zurzeit besteht allerdings ein gewisser Grad von Schwachsinn vom Charakter der arteriosklerotischen bzw. senilen Demenz.

Die Merkfähigkeit ist herabgesetzt. Pat. ist sich seiner Merkschwäche wohl bewußt, er klagte oft über sein schlechtes Gedächtnis. Die Erinnerungen an den persönlichen Lebensgang sind wohl erhalten. und zwar auch die aus der letzten Vergangenheit, insbesondere seit der Aufnahme des B. in die Anstalt. B. verfügt auch darüber hinaus noch über ein ziemlich reichliches Wissen. Begriffliche Unterschiede gibt er zum Teil falsch an: ein See sei kleiner als ein Fluß, ein Berg kleiner als ein Gebirge; irren sei, wenn man niemanden betrogen habe, dagegen Lügen, wenn man jemanden anschwindle. Abstrakte Begriffe zu definieren oder durch Beispiele zu belegen, fällt besonders schwer. Hierbei klagt B. darüber, daß ihm Dinge, die er sonst wisse, manchmal nicht zur Verfügung ständen. Die Denkvorgänge sind beträchtlich erschwert. Bei einer Aufmerksamkeitsprüfung nach *Bourdon* läßt B. unter 44 zu unterstreichenden Buchstaben 21 aus. Das Ergänzen von Lückentexten geht sehr langsam, nur einfachste Ergänzungen gelingen. Die Fehler bestehen aber nicht nur in einfachem Ausfall, sondern zum Teil auch in einer fehlerhaften, ans Konfabulieren erinnernden Mehrleistung an Gedankentätigkeit. Weiter tritt ein perseveratorischer Zug darin hervor, daß B. von einer einmal gemachten fehlerhaften Ergänzung, auch von einer unrichtigen Wortstellung nicht mehr los kann.

Beim Satzbilden nach *Masselon* werden zwar zu jedem Worte sinngemäße Vorstellungen gefunden, B. gerät sogar auch dabei öfter in eine an Ideenflucht bezw. Konfabulation erinnernde Mehrleistung, aber es fehlt die Zusammenfassung aller Vorstellungen in einen Gedanken bzw. in einen Satz.

Beim Assoziieren[1]) ist B. sehr langsam, es fällt ihm öfter erst nach

[1]) Von der Wiedergabe der Assoziationsprüfungen, die nach einem von *Heilbronner* angegebenen Schema (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 18) angestellt wurden, mußte aus Gründen der Raumersparnis abgesehen werden.



längerer Zeit etwas ein, einmal kam es überhaupt zu keiner Reaktion. Bei abstrakten Begriffen ist die Dürftigkeit der Reaktion besonders auffällig. Einzelne Erscheinungen von Perseveration.

Die Wortfindung ist in mäßigem Grade erschwert.

Körperlich bietet der nunmehr 77 jährige, greisenhaft aussehende Mann eine mäßige Steifigkeit an allen Gliedern. Haltung gebückt. Gang mit kleinen, schleifenden Schritten, lebhaftes Zittern der Hände. Sensibilität im Gebiete des Trigeminus besonders im oberen Aste leicht herabgesetzt. R. Abducens geschwächt, r. Facialis in allen Ästen gelähmt, mit starker Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, ohne Entartungsreaktion. Geschmack im r. vord. Zungendrittel herabgesetzt, leichte Gaumensegelschwäche, rechtseitige totale Taubheit, r. Vestibularis kalorisch nicht erregbar. Die Zunge weicht nach l. ab (Herd r. im Boden der Rautengrube, Gegend der Kerne des 5. bis 8. Gehirnnerven). Starke Verhärtung und Schlängelung der fühlbaren Schlagadern. Blutdruck 175. Emphysem.

3. Jourdan, Pauline, ledige Bürstenarbeiterin von Erlangen, geboren am 13. August 1862.

Pat. ist die vierte von 7 Geschwistern. Der älteste Bruder soll leichtsinnig sein und viel trinken, der zweite ging mit 15 Jahren als Kellner nach Amerika. Die Brüder und Schwestern der Kranken haben eine heitere Gemütsverfassung, anders wie die Kranke. Diese war von Kind auf schwächlich, „zahnte durch die Glieder", lernte erst mit 3 bis 4 Jahren laufen. Sie war als Kind furchtsam, lernte in der Schule nur mäßig, weniger gut als die Geschwister, blieb aber nicht sitzen. Sie gibt an, daß sie nie imstande gewesen sei, allein einen Brief zu verfassen, sie habe sich dieselben immer von ihrer Schwester aufsetzen lassen. Sie war schon als Kind sehr empfindlich, leicht beleidigt und verhetzte manchmal die Geschwister bei der Mutter. Nach der Schulzeit arbeitete sie für Bürstenfabriken, bald als Heimarbeiterin, bald in der Fabrik selbst. Sie war immer sehr fleißig, sauber, gewissenhaft und sehr sparsam. Bis zum Tode der Mutter 1886 arbeitete sie in derselben Fabrik (10 Jahre lang). Später wechselte sie ihre Stellen öfter, jedesmal infolge von Streitigkeiten, in die sie mit den Mitarbeitern oder den Vorgesetzten geriet. Wenn jemand sie hart anredete oder nur tadelte, war sie sofort beleidigt und zornig, ließ ihre Arbeit liegen und kam nicht mehr in das Geschäft zurück. Ähnlich verfuhr sie auch mit ihren Bekannten und verlor so manche Freundin. Besonders eine, mit der sie lange Jahre verkehrt hatte. In den Bürstenfabriken, in denen sie arbeitete, war sie wegen ihres eigenartigen Wesens schon bekannt. Da man sie als tüchtige Arbeiterin schätzte und Mitleid mit ihr hatte, gab man ihr immer wieder Arbeit; ja, ein Fabrikant ließ ihr in ihrer Wohnung eine Maschine aufstellen, damit sie zuhause arbeiten könnte. Nach dem Tode der Mutter wohnte sie bei einer verheirateten Schwester in Erlangen und zog mit dieser 1896 nach München, wo sie sich ebenfalls als Bürstenarbeiterin beschäftigte. 1904 kam sie wieder



nach Erlangen zurück, nachdem es auch in München in einem Geschäft einen Streit gegeben hatte. Sie arbeitete nun hier wieder meist als Heimarbeiterin für Bürstenfabriken. Sie hatte fast keinen Umgang. Mit einer zweiten, hier verheirateten Schwester stand sie sich wegen ihrer Unverträglichkeit nicht gut. In den letzten Jahren hat sie ihre Stellen besonders oft gewechselt. Sie fiel den Leuten in ihrem Hause, insbesondere der Hausbesitzerin, bei der sie von 1904 bis 1910, d. h. von ihrem 42. bis 48. Lebensjahre, wohnte, durch ihre Schüchternheit, Menschenscheu und ihr Mißtrauen auf. Die Hausbesitzerin mochte sie aber sonst gern, weil sie peinlich sauber, ordentlich und fleißig war und ihre Miete immer pünktlich zahlte. Gegen den Umgang mit Männern hatte sie immer eine Abneigung. Sie will nie ein Verhältnis gehabt haben und sich nicht einmal haben heimbegleiten lassen. Nie habe sie gewünscht, einen Mann, Kinder und einen Haushalt zu haben.

Seit 1909, d. h. seit dem 47. Lebensjahre der Kranken, scheinen die auffälligen Züge ihres Wesens mehr hervorgetreten zu sein, während die Arbeitfähigkeit allmählich nachließ. Nach Angaben ihrer Hauswirtin wurde J. immer scheuer, mißtrauischer und reizbarer, einmal bildete sie sich ein, daß eine andere Mieterin sie bei der Hauswirtin verklagt habe, und daß ihr deshalb gekündigt werden sollte. Im Frühjahr 1910 traten Zeichen ausgesprochener Geistesstörung auf. Sie hörte schreien und in den gemeinsten Ausdrücken auf sich schimpfen. Das ging schon morgens um 5 Uhr an. Sie antwortete auf die Schimpfreden und störte dadurch die gesamten Bewohner des großen Hauses. Sie beschuldigte von Anfang an eine gewisse Scherzer dieser Belästigungen. Die Scherzer halte sich im Hause auf, schimpfe zu ihr herüber, leuchte ihr des Nachts mit einer Blendlaterne ins Zimmer, so daß ihr die Augen weh täten, sie verfolge sie auf Schritt und Tritt. Wenn die Kranke ausging, um Einkäufe zu machen, war die Scherzer hinter ihr her. Pat. ging deshalb sehr rasch, das Gesicht zur Erde gewandt oder sich eine Schürze halb vor die Augen haltend. Sie fiel durch ihr sonderbares Wesen allgemein auf. Als Pat. einmal bei einem Bäcker im Laden stand, tauchte die Scherzer plötzlich vor dem Bäckerladen mit einem gezückten Messer auf. Alle Leute hätten es gesehen und sich über diese freche Person aufgehalten. Die Beschimpfungen seitens der Scherzer bezogen sich meistens auf sexuelle Dinge: sie triebe Ehebruch mit verheirateten Männern, wurde Ehemannshure, Schnalle usw. genannt. Außerdem Bedrohungen: „die muß noch kaput werden“ u. ä. Pat. glaubte bald, daß die übrigen Hausbewohner und die Hausbesitzerin mit der Scherzer unter einer Decke steckten. Sie wurde gegen jedermann mißtrauisch, beschuldigte besonders eine Nachbarin, daß sie es mit der Scherzer hielte. Es seien auch andere, ihr nicht bekannte Leute in das Haus gekommen, hätten mit der Scherzer über die J. gesprochen und die Scherzer noch recht gegen sie aufgehetzt. Über die Scherzer selbst macht die Kranke folgende Angaben: Im No-

vember 1909 habe Pat. einige Tage in einem Bürstengeschäft gearbeitet, das sich im Hinterhause ihres Hauses befand. Dort arbeitete auch eine gewisse Scherzer, eine etwa 26 jährige, ziemlich hübsche Frau mit schwarzen Haaren und schwarzen Augen. Sie saß bei der Arbeit der J. schräg gegenüber, und die J. mußte sie öfter ansehen — vielleicht, daß sie ihr das übelgenommen hat —, sonst habe sie gar nichts mit der Scherzer gehabt. Sie erfuhr dann von einer Nachbarin, daß die Mutter der Scherzer Leichenfrau gewesen sei, ein Bruder der Scherzer habe jemanden umgebracht und sitze im Zuchthaus, ein anderer Bruder sei Landstreicher und noch ein anderer sei in einem Bordell in Nürnberg angestellt. Die Scherzer selbst lebe von ihrem Manne getrennt, treibe sich mit allen möglichen Männern herum, auch mit verheirateten. Das, was sie Böses tue, werfe sie dann ihr, der J., vor. Die Scherzer soll auch ihre Kinder umgebracht haben. Daß Pat. in der letzten Zeit ihre Stellen so oft hatte wechseln müssen und so oft mit Leuten in Streit gekommen war, bezog sie nun nachträglich auch auf die Scherzer. Die sei überall hingelaufen, habe sie verklatscht und aus ihren Stellen gebracht. Pat. habe das selbst zunächst nicht gewußt, es seien damals noch „heimliche" Hetzereien gewesen.

Der Zustand der J. verschlimmerte sich zum Winter 1910 mehr und mehr, sie schlief nächtelang nicht, kam tags nicht aus ihrem Zimmer, man hörte sie nur immer darin herumschimpfen und jammern. Mit ihren krankhaften Erlebnissen beschäftigt, vermochte sie immer weniger zu arbeiten und geriet in Not. Seit Herbst 1910 lief sie öfter auf den Magistrat und beschwerte sich über die Scherzer. Dies war der Anlaß, daß sie am 3. Dezember 1910 polizeilich in die Klinik eingewiesen wurde.

Seit ihrer Aufnahme in die Klinik bietet die Kranke im wesentlichen das gleiche Krankheitsbild. Sie hält sich meist abseits von den Kranken, oft sucht sie dunkle Winkel auf und sitzt dort, die Schürze über den Kopf geschlagen und die Hände vor das Gesicht gedrückt. Sie beginnt selten eine Unterhaltung und ist zu keiner Arbeit zu bewegen. Zeitweise murmelt und schimpft sie vor sich hin. Dabei ist sie aber für eine Unterredung stets zugänglich. Sprechen und sprachlicher Ausdruck zeigen keine Störung, die lebhaften Ausdrucksbewegungen sind durchaus natürlich. Die sonst so schweigsame Person kommt bei Unterredungen über ihre Krankheitserlebnisse in ein lebhaftes Erzählen, das, inhaltlich allerdings sehr einförmig, sich fast ausschließlich auf ihre Verfolgungen bezieht. Sie beteuert immer wieder, sie sei ganz gesund und gehöre nicht hierher unter die Narren. Ihre Verfolgerin, die Scherzer, sei verrückt, alles, was die tue, werde ihr, der J., in die Schuhe geschoben. Sie hört fortwährend die Stimme dieser Frau. Die Scherzer stehe Tag und Nacht, Sommer und Winter im Garten und schimpfe auf sie. Pat. könne es selbst nicht begreifen, wie die Person das aushalte, es müsse ihr wohl von anderen Leuten Speise und Trank zugetragen werden. Als Erklärung für dieses hartnäckige Verfolgen kann sie immer nur angeben:



die Scherzer sei eben ein ganz unglaublich freches, ganz boshaftes, gemeines Weib. Die Phoneme sind — wie vor der Aufnahme — zum Teil Bedrohungen, meist aber Beschimpfungen sexuellen Inhalts. Manchmal sieht die J. ihre Feindin auch im Garten, aber nur flüchtig, es scheint sich um Illusionen zu handeln. Die Scherzer benehme sich dabei manchmal sehr gemein, sie mache ihr Kleid auf, hebe die Röcke in die Höhe, sie habe unter dem Kleide kein Hemd an. Auch hier wird der Kranken oft in die Augen geleuchtet, so daß ihr die Augen brennen. Pat. hat einen chronischen Bindehautkatarrh und ist deshalb überempfindlich gegen Licht; daher offenbar die Vorstellung, von der Sch. geblendet zu werden. Die Sch. beeinflusse auch die anderen Kranken, die Pflegerinnen und die Ärzte gegen sie: die Scherzer „feuere" in die anderen hinein, daß man sie schlecht behandeln solle, daß sie kein Essen bekomme. Wenn Pat. auf ärztliche Anordnung wegen lebhafterer Erregung oder zeitweilig ungenügender Nahrungsaufnahme zu Bett liegen muß, so steckt die Scherzer dahinter. Die Ärzte können gar nicht anders, sie müssen so tun, weil die Scherzer so in sie hineinfeuert; Pat. hört es ja, wie die Sch. Ärzten und Pflegerinnen immer zuruft. Besonders beim Essen wird sie geplagt. Die Scherzer feuert immer in die Pflegerinnen hinein, daß man ihr nichts zukommen lassen solle. Pat. nimmt dann eilig ihren Teller, läuft damit in eine Ecke und ißt ihn hastig leer; oft wagt sie aber aus Furcht vor den Schimpfreden der Scherzer gar nicht, ihren Teller zu nehmen, und beschuldigt dann die Pflegerinnen, daß diese sie nicht zum Essen kommen ließen. In einem Zustande stärkerer Erregung behauptete Pat. auch einmal, Gift im Essen bekommen zu haben und davon schwindlig geworden zu sein, während sie sonst keine körperlichen Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsvorstellungen äußert.

Der Affekt, mit dem die Kranke ihre Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen begleitet, ist stets sehr lebhaft. Manchmal überwiegen Angst und Verzweiflung, Pat. jammert laut, fleht den Arzt um Hilfe an, aber auch dann besteht neben der Angst eine gewisse zornige Gereiztheit. Häufiger stehen Zorn und Empörung im Vordergrunde, dann schimpft die Kranke selbst auf ihre Feindin und gelegentlich auch auf die Personen ihrer Umgebung, die sie von der Sch. beeinflußt wähnt, in den gemeinsten Ausdrücken. Sie will sich diese Belästigungen nicht gefallen lassen. Sie will sofort entlassen werden, dann gehe sie auf die Polizei und zum Herrn Oberamtsrichter. Die Scherzer gehöre streng bestraft. Zuchthaus müsse sie bekommen. Manchmal spricht die Kranke auch mit einem gewissen Galgenhumor von ihrer Feindin. Mit Bezug auf die Pat. Bautner (Fall 6), die sich von einem Major geliebt glaubt, sagte sie einmal lächelnd und witzelnd: „Sehen Sie den Abstand, die hat einen Major und ich die Scherzer!" Zur Zeit der Menstruation ist die Stimmung der Kranken erregter, die Sinnestäuschungen sind aufdringlicher und zahlreicher. Außerdem unregelmäßige leichtere Schwankungen des Zustandes. In den letzten Monaten ist Pat. etwas ruhiger geworden. Trotzdem die Kranke



mit sich selbst beschäftigt, zu keiner nutzbringenden Tätigkeit zu bewegen ist, faßt sie mit Interesse die Vorgänge in ihrer Umgebung auf. Sie ist über alle Begebnisse, die sich seit ihrem Eintritt in die Klinik ereignet haben, z. B. über die verschiedenen Ärzte und Praktikanten, die hier tätig waren, unterrichtet. Die Nachricht vom Tode eines der früheren Ärzte nahm sie mit ganz entsprechender Teilnahme auf. Sie ist besonders mir und der Oberpflegerin anhänglich und dankbar für unsere Bemühungen um sie. Sie entschuldigt sich wegen gelegentlicher Zornausdrücke. Sie nimmt es nicht dauernd übel, daß wir uns von der Sch. gegen sie beeinflussen lassen. Sie entschuldigt uns sogar: wir müßten ja so handeln, weil die Sch. so in uns hineinfeure. Ihre Feindschaft richtet sich in letzter Linie doch nur gegen die Sch. Von ihren Schimpfausbrüchen abgesehen, benimmt sich die Kranke anständig. Die seltenen Besuche und Briefe ihrer Angehörigen erfreuen sie sehr. Ein Bild ihrer Münchner Nichte, an der sie besonders hängt, zeigt sie gern und mit Stolz. Ihre Kleider und ihr Bett hält sie in Ordnung.

Die Merkfähigkeit ist tadellos. Das Wissen ist beschränkt. Aber es liegt kein Grund zur Annahme vor, daß seit der Krankheit ein Ausfall an früher erworbenen Kenntnissen eingetreten sei. Vielmehr hat die Kranke schon in der Schule schwer gelernt und hat diejenigen Kenntnisse, die nicht für den beschränkten Kreis ihres Lebens von Bedeutung waren, nach und nach eingebüßt. Aus Zeitungen und Büchern, für die sie wenig übrig gehabt, hat sie kaum etwas in sich aufgenommen. So weiß die Kranke von den bayrischen Kreisen nur die 3 Franken, von den deutschen Bundesstaaten nur Bayern und Preußen zu nennen. China liege „bei Afrika, da herum, wo die Schwarzen sind". Der Weg nach Amerika führe über Bamberg, dann über das Wasser, über das Schwarze Meer. Dinge, die ihr eigenes Leben berühren, weiß sie aber sehr genau. Sowohl Früheres wie in letzter Zeit Erlebtes. Sie kennt z. B. viele Professoren, die studentischen Korporationen mit ihren Farben. Über die Bürstenbinderei, ihre Beschäftigung, vermag sie sehr gut Auskunft zu geben, ebenso über die Preise von Lebensmitteln, Licht und Kleidung. Die Erinnerungen an den persönlichen Lebensgang (Elternhaus, Schule, Freundinnen, Stellungen usw.) sind wohl erhalten. Ihre Angaben über die Entstehung der Krankheit und über ihre frühere geistige Persönlichkeit stimmen, soweit eine Nachprüfung möglich war, mit den Angaben der Verwandten, der Hausbesitzerin und einer Nachbarin völlig überein. Bei schwierigeren Denkaufgaben versagt Pat. In einem Lückentext werden nur die allereinfachsten Ergänzungen gefunden. Bilder werden nur unvollkommen verstanden. Bei der „zerbrochenen Fensterscheibe" [1]) glaubt sie z. B., der Knabe bekomme Schläge, weil er nicht in die Schule gehen wolle. Auffällig ist, daß Pat. oft starrsinnig trotz Einwendungen und

[1]) Münchener Bilderbogen Nr. 210, nach *Bobertag*, Über Intelligenzprüfungen. Ztschr. f. ang. Psychol. V, 1911.



Hinweisen auf ihrer irrtümlichen Meinung beharrt. Die Tendenz, eine einmal erfolgte Einstellung der Aufmerksamkeit beizubehalten, zeigt sich auch darin, daß Pat. schwer von einem Gegenstande, von dem sie gerade redet, abzubringen ist, besonders, wenn es sich um ihre wahnhaften Erlebnisse handelt, von denen ihre spontanen Denkvorgänge in sehr starkem Grade beherrscht sind. Mit großer Einförmigkeit beginnt Pat. bei jeder Visite und bei jeder besonderen Unterhaltung mit den Klagen und Verwünschungen gegen die Scherzer und kommt auch von anderen Unterhaltungsgegenständen immer wieder auf die Sch. zurück. Oft bricht sie die Unterhaltung über andere Dinge mit Worten ab wie: das sei ihr alles gleichgültig, oder: sie wolle nur von der Scherzer befreit sein. So beruht es wohl auch auf dieser inneren Fesselung der Aufmerksamkeit durch die krankhaften Bewußtseinsvorgänge und -inhalte, nicht auf einem Mangel an Interesse, daß Pat. zu keiner Arbeit zu bringen ist. Pat. spricht von ihren Verfolgungen mit großer Lebhaftigkeit und breiter Ausführlichkeit. Zuzeiten stärkerer affektiver Erregung gerät sie leicht in einen Rededrang von Klagen, Bitten und Verwünschungen. Auch bei sonstigen Gegenständen zeigt sich — wenn Pat. einmal mit Aufmerksamkeit bei der Sache ist — die Neigung allerhand Nebenvorstellungen in einer an Ideenflucht erinnernden Weise zu produzieren.

Das Ergebnis der Assoziationsprüfung stimmt mit dem sonstigen Befunde überein; in keinem einzigen Falle stellt die Reaktion einen Gedankenfortschritt gegenüber dem Reizwort dar; statt dessen Definitionen, prädikative Angaben, mehrmals leere Wiederholungen. Dabei entäußert Pat. aber einen ziemlichen Wortreichtum und schweift mehrfach von der Reaktion aus auf andere Vorstellungen ab.

Körperlich ist Pat. eine kleine, zierliche Person, die jünger aussieht, als ihrem Alter von 50 Jahren entspricht. Das Haar zeigt noch keine grauen Fäden. Keine Zeichen von Arteriosklerose. Urin frei. Leichter Strabismus convergens des linken Auges, chronische Konjunktivitis; kleine, derbe Vergrößerung des Mittellappens der Schilddrüse. Die Menstruation ist noch regelmäßig.

4. Schwarz, Anna, geboren am 14. März 1849 in Nürnberg; unverheiratete Privatiere.

Pat. ist das uneheliche Kind einer Dienstmagd, die bald nach der Geburt der S. in ihre württembergische Heimat verzog, und über die und über deren Verwandtschaft nichts weiter zu erfahren war. Die S. wurde von den kinderlosen Eheleuten, bei denen ihre Mutter in Stellung gewesen war, in Pflege genommen und wie deren eigenes Kind aufgezogen. Nach eigener Angabe war Pat. als Kind schwächlich und machte mit 19 Jahren „Nervenfieber" durch. Seit dem 13. Jahre menstruiert. In der Volksschule angeblich vorzüglich gelernt. Bis in die zwanziger Jahre sei sie immer recht schüchtern gewesen, dann sei sie kouragierter geworden. Seitdem verstehe sie es — wie noch jetzt —, so gut mit den Leuten zu „diskurieren".



Sehr religiös: in die Kirche gehen, beten, „das war mein Liebstes". Sie hat nie wie andere Mädchen Freude an Vergnügungen, Tanzbelustigungen, Theater und dergleichen empfunden, für Schmuck und schöne Kleider nie Sinn gehabt. Nie hätte sie gewünscht, sich zu verheiraten oder gar Kinder zu besitzen.: „Ich habe es zu schön gehabt." Sie sei nie verliebt gewesen, höchstens habe sie mal einen roten Kopf bekommen, als einer sie verehrte und öfters grüßte. Der Gedanke an sexuelle Dinge ist ihr widerwärtig. Vor einer Entbindung hätte sie sich viel zu sehr gefürchtet. Die Pflegeeltern waren vermögliche Leute, die ihr — der Pflegevater starb 1877, die Pflegemutter 1887 — 17 000 M. und ein Haus hinterließen. Erst nach dem Tode der Pflegemutter hat die S., mit 38 Jahren, zum erstenmal daran gedacht, sich zu verheiraten, aber nicht aus Liebesbedürfnis, sondern damit sie eine Stütze hätte bei Auseinandersetzungen mit den Mietern „und beim Holzschlichten" (!). Der Bewerber, den ihr der Totengräber gleich nach der Bestattung der Pflegemutter zuführte (!), paßte ihr aber nicht. Sie lebte dann ebenso zurückgezogen wie zu Lebzeiten der Pflegeeltern weiter. Mit den Mietern ihres Hauses will sie immer gut ausgekommen sein. Sie trank seit dem Tode der Pflegeeltern 4 bis 5 Glas Bier täglich und manchmal an Feiertagen noch ein Gläschen Wein oder um 10 Pfg. Schnaps, „wenn es Sauerkraut gab". Seit den vierziger Jahren zunehmende Schwerhörigkeit.

Der Neffe und die Nichte der Pflegemutter der S., die Pat. seit der Kindheit kennen, geben an, daß die S. von Jugend auf „recht eigen" gewesen sei, menschen-, besonders herrenscheu und bigott. Sie verkehrte als Erwachsene fast nur mit Klosterschwestern. Sie war empfindlich und herrisch; sie kommandierte die Pflegemutter, konnte keinen Widerspruch vertragen, war geizig und mißtrauisch, gescheit und neugierig. Je älter sie wurde, desto mehr nahm ihr Mißtrauen zu. Besonders nach dem Tode der Pflegemutter fürchtete sie stets Diebstahl und Einbruch; sie war dann manchmal recht ängstlich.

Eine Bekannte der S., jetzige Klosterschwester, mit der Pat. in ihrem 40. bis 43. Lebensjahre (1889 bis 1892) zusammen wohnte, und mit der die S. auch später noch viel verkehrte, schildert die Pat. in den dem Klimakterium unmittelbar vorausgehenden Jahren als sehr scheu, besonders gegenüber Fremden, und sehr mißtrauisch. Sie grübelte fortwährend über ihr Geld, vermißte alle paar Tage einen Betrag und vermutete oft, bestohlen zu werden, ohne aber darüber Bestimmtes zu behaupten. Sie war damals sehr reizbar und rechthaberisch, konnte über einen Widerspruch in den größten Ärger und Zorn geraten, wähnte bei Widerspruch sogleich, man sei „gegen sie" und „halte es mit den anderen". Wenn ihre Freundin mit jemand anders verkehrte, wurde sie eifersüchtig. Zur Zeit der Periode besonders war es schlimmer mit ihr; sie saß dann oft lange Zeit verloren vor sich hinstarrend da und war weinerlich, höchst empfindlich und starrsinnig. Die S. war nicht nur fromm, sondern auch sehr abergläubisch.



Sie hatte ein Traumbuch, das sie nach jedem ihr merkwürdigen Traum zu Rate zog. Sie kam manchmal tagelang nicht aus der Aufregung über einen bedenklichen Traum hinaus. Pat. war fleißig, sparsam, geizig, doch hatte sie zum Unglück für ihr grüblerisch-mißtrauisches Wesen neben ihrem kleinen Haushalt viele freie Zeit. Über Dinge, die ihr Gemütsleben bewegten, sprach Pat. schon damals viel sich oft wiederholend, mit ermüdender Ausführlichkeit und großer Lebhaftigkeit, so über die Streitigkeiten, die sie nach dem Tode der Pflegemutter in Erbschaftsangelegenheiten auszuhalten gehabt habe. Überhaupt war sie geistig rege und gescheit. Schon in diesen Jahren oft Kopfschmerzen und Hitzewallungen.

Nach Angaben der S. selbst dauerte das Klimakterium vom 47. bis 50. (oder 52.) Jahre. Die Periode setzte erst ein halbes Jahr, nach einiger Zeit für ein ganzes Jahr aus, ehe sie endgültig aufhörte. In diesen Jahren öfter Hitzewallungen. In den Tagen, bevor eine Periode eintrat, stärkere Reizbarkeit. Im Winter 1896/97, d. h. gegen Ende des 47. Lebensjahres, machte Pat. zum erstenmal eine auffällige Beobachtung, über die sie in große Angst und Aufregung geriet: Sie hatte in ihrem Küchenschrank viele Schlüssel von ihrem Hause liegen, alles alte, zum Teil verrostete Schlüssel. Eines Tages bemerkte sie zufällig unter denselben zwei ganz neue. Sie war sofort überzeugt: „Da hat mir einer einen Possen gespielt." „Die haben mir Schlüssel gelegt." Sie war ganz außer sich, fühlte sich nicht mehr sicher in ihrem Hause, beschloß sogleich alle Schlösser ändern zu lassen, packte ihre Wertsachen zusammen und wollte dieselben einem Bekannten zum Aufheben geben. Die Nachbarinnen riefen einen Nervenarzt und die Niederbronner Schwestern. Nach ein paar Stunden war die Erregung vorbei. Als Pat. nach ein paar Tagen wieder im Küchenschrank nachsah, waren die zwei neuen Schlüssel nicht mehr zu sehen. Pat. hatte in diesen Tagen gerade die Periode. Den Verdacht, daß jemand Fremdes einen Schlüssel zu ihrer Küche und Wohnung besitze, behielt Pat. aber; derselbe richtete sich gegen eine ihrer Mieterinnen, eine Frau Zitzmann, mit der sie schon früher Reibereien wegen der Waschküche und ähnlichem gehabt hatte. Sie vermutete auch, daß die Zitzmann sie haßte, weil Pat. nicht die Z., sondern eine andere Mieterin als Zuspringerin beschäftigte. Pat. hat dies Erlebnis genau so, wie sie es jetzt noch schildert, unmittelbar ihrer Freundin, der Klosterschwester, erzählt.

Etwa ein Jahr später fand Pat. beim Stöbern unter ihren geleerten Weinflaschen ein „Fläschle", ein Likörfläschchen, wie sie solches nie gehabt hatte. Sie bekam wieder einen großen Schreck und wußte sofort, daß eine andere Mieterin, eine Frau Scheuerlein, ihr dies „Fläschle" hineingestellt hatte. War ihr doch vor einiger Zeit die Frau Sch. mit einem solchen Fläschchen Likör unter dem Arm, das sie eben beim Krämer gekauft hatte, begegnet. Nun fiel ihr auch die Schlüsselgeschichte wieder ein, und sie war fest überzeugt, daß ihr die Zitzmann und die



Scheuerlein schon vor einem Jahre Schlüssel und Fläschle „gelegt" hätten. Diesmal ließ sie aber niemanden ihre Aufregung merken. Sie kündigte in der Folgezeit den Mietsparteien, denen sie mißtraute, nach und nach in unauffälliger Weise: außer der Zitzmann und der Scheuerlein noch einer gewissen Weidinger, die auch ein „böse Frau" gewesen sei.

1903 konnte Pat. ihr Haus günstig verkaufen; sie habe es nicht verkauft, weil es ihr etwa unheimlich in demselben gewesen wäre. Die erste Mietswohnung, die sie dann bezog, gab sie 1905 auf, angeblich deshalb, weil die Wohnung so weit weg von der Stadt gewesen sei. Doch hat Pat. nach Angaben der ihr befreundeten Klosterschwester auch die dortigen Hausleute beargwöhnt und ist infolge ihres Mißtrauens dort ausgezogen.

Sie zog dann in das Haus Weinmarkt Nr. 8, zu einem Eisenhändler Weber, und dort erst begannen wieder Beängstigungen und Belästigungen, diesmal aber in viel schwererer Form. Pat. stand damals im 56. Lebensjahre.

Die neue Wohnung habe ihr von Anfang an mißfallen, sie bereute bald, dort gemietet zu haben: die Küche war klein und dunkel, der Abort war unsauber und von großen Käfern bevölkert. Es gab bald Reibereien zwischen ihrer Zuspringerin und dem Hausherrn wegen der Benutzung der Waschküche. In der ganzen Wohnung herrschte ein eigentümlicher, widerlicher Geruch. Pat. ließ auf eigene Kosten noch einmal tünchen; der Hausherr wollte nichts reparieren lassen und sagte, sie solle doch ausziehen. Sie kündigte dann auch am 1. Januar 1906 auf den 1. April. Während bis dahin keine eigentlichen Belästigungen vorgekommen waren, gingen die Unheimlichkeiten gleich nach der Kündigung los: gleich nach einigen Tagen hörte Pat. nachts vor ihrer Schlafzimmertür rufen: „Jetzt derschießen mir s'", „jetzt derschießen mir s'". Pat. geriet in helle Angst, sie zündete Licht an, das Rufen — Stimmen bestimmter Personen erkannte sie nicht — ging weiter. Sie schrie: „Was soll sein?", „warum wollen Sie mich erschießen?", „ich hab' ja nichts getan". Das wiederholte sich ein paar Nächte. Sie erkannte nun auch die Stimme ihres Hausbesitzers Weber. Sie brachte dann ihre Wertpapiere, die sie im Schlafzimmer nicht mehr sicher glaubte, in die Kommode ins Wohnzimmer. Sie sprach mit ihrer Zuspringerin und Freundinnen davon, trug sich mit dem Gedanken, auf die Polizei zu gehen, unterließ das aber doch, weil sie in einem halben Krankheitsgefühl manchmal dachte, es könnte nur ein Schrecken sein, „wenn man so allein ist". Nachdem es einige Nächte ruhig gewesen war, ging es wieder los. Sie hörte: „Fräulein Schwarz, Fräulein Schwarz, es tut mir leid, ich muß Sie erschießen." Dann war es still. Es wurde nun immer schlimmer; sie hörte auch harte Gegenstände gegen die Kammertüre werfen, „lauter Furchtsachen". Sie brachte ihre Papiere auf die Hauptbank. Auch morgens, nicht nur nachts, hatte sie unter den Bedrohungen zu leiden. Sie sah nun vor Aufregung und Schlaflosigkeit ganz krankhaft aus und hatte ein ständiges Schwindelgefühl: wenn sie zum Fenster hinaussah, war es ihr, als ob sie hinunterstürzen müsste. Etwa



am 9. Februar 1906 ereignete sich am Morgen zwischen 8 und 9 Uhr „die Schießdrohung“, wie sie das gleich zu beschreibende Erlebnis nennt. Sie hörte die Stimmen der Hausbesitzersfrau Weber und einer Verwandten derselben, der Ettinger; dann sah sie auch die Weber vor der Küchentür mit einem weißen Kopftuch. Die beiden unterhielten sich. die W. sagte: „Soll ich? Soll ich?“ Dann schrie sie: „Mach, daß Du fortkommst!“ Pat. erwiderte: „Ich zieh ja aus.“ Die Weber hatte eine Pistole in der Hand, d. h. Pat. sah die Pistole nicht deutlich, „nur so ein Stück“; Pat. war in entsetzlicher Angst, zitterte, stemmte sich gegen die Türe. Das dauerte wohl eine Stunde. Dann hörte sie die Ettinger sagen: „Noch nicht, laß ab!“. Darauf war Ruhe. Merkwürdigerweise ist Pat. auch daraufhin nicht zur Polizei gegangen. Sie verhandelte sogar weiter mit den Hausbesitzersleuten, da sie nun noch vor dem 1. April ausziehen wollte. Endlich fand sie ein einzelnes Zimmer. Ihre Möbel konnte sie dort aber nicht unterbringen und beauftragte einen Spediteur, dieselben abzuholen und in dessen Lagerraum vorläufig unterzustellen. Inzwischen steigerten sich die Verfolgungen weiter: auf dem Bureau des Generalanzeigers, wo sie nach Wohnungen fragte, sagte das Fräulein, nachdem sie am Telephon gehorcht hatte, es hätte eben „Schnalle“ telephoniert. An einem der letzten Tage vor dem Auszug begab sich die „nackte Geschichte“: abends wurde es plötzlich auf der Altane des hinten gegenüberliegenden Hauses ganz hell; es erschienen viele, zum Teil nackte Gestalten; endlich erkannte sie die alte Ettinger an deren blauer Schürze. Die E. hatte eine schöne Lampe in der Hand und leuchtete den jungen Weber, den Sohn des Hausbesitzers, an, der nackt vor ihr stand. Die Erscheinungen verschwanden und kamen nach ein paar Stunden wieder. Die nackten Gestalten bewegten sich, als ob sie Polonaise tanzten, und machten Verbeugungen. Eine Frauengestalt stand da, die Röcke bis zum Bauch aufgehoben, und ein gewisser Raum, der eine graue Kapuze trug, kam auf sie zu wie wenn er sich zum Geschlechtsakt anschickte. In der Nacht vor ihrem Auszug endlich kamen die „Schattenspiele“ — „Zaubersachen wie in Schichtels Theater“. Pat. hatte ihre Habseligkeiten zusammengepackt und saß neben ihrem Bette; konnte die ganze Nacht kein Auge zumachen. Da kamen graue Bälge, die sich zu Katzen formten, dann Pistolen, dann eine Erscheinung, wie die Schwiegertochter des Hausbesitzers, dann blendendes Flitterwerk. Dazwischen Rufen, Poltern, Drohen, Schimpfen in den ehrenrührigsten Ausdrücken. Dann hat es 30 mal hintereinander gerufen „Hexendrud“, darauf ebenso „Katzenbuckel“. Bei diesen Erlebnissen war Pat. nicht immer ängstlich wie früher, sondern sie wunderte sich oft oder belustigte sich sogar innerlich darüber. Am folgenden Morgen, es war der 17. Februar 1906, kam der Spediteur und holte die Möbel ab. Dabei fiel ihr der Hausherr Weber auf, was der für merkwürdige Gesichter schnitt, den Kopf ganz rasch hin und her warf, wisperte und pfiff. Das befestigte ihre Überzeugung, daß die



Webers, Ettingers und Raums eine Zauber-, Hexen- und Drudenbande seien. Nachdem ihre Sachen fortgebracht worden waren, fühlte sich Pat. so elend, daß sie selbst — ohne daß am Tage weitere Belästigungen vorgekommen wären — das Krankenhaus aufsuchte.

In der psychiatrischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses (17. Februar bis 2. April 1906) befand sich Pat. in lebhafter, bald ängstlicher, bald ängstlich-zorniger Erregung, hörte andauernd drohende und beschimpfende Stimmen: „Nanni, Anna, Saumensch", „Schnallenmutter", „Schlagt sie tot, die Hure", „Du kommst nimmer naus", „Sie hat kein Geld mehr", „Aufhängen, erschießen, ersaufen". Sie reagierte oft mit zornigem Schimpfen auf die Stimmen. Später hat Pat. angegeben, bis zu ihrem Eintritt ins Krankenhaus sei sie mehr ängstlich gewesen, dort aber habe sie angefangen, sich zu wehren und wieder zu schimpfen. Sie erklärte sich die Stimmen durch ein Telephon und glaubte, daß durch die Heizkörper telephoniert würde. Es waren meist die Stimmen der Weber und Ettinger. Manchmal glaubte sie auch, die Webers und Ettingers seien selbst da, lägen vor dem Luftgitter und flüsterten. Sie stopfte die Löcher des Luftgitters deshalb zu. Im Einzelraum sah sie lauter Teufel an der Wand. Weniger vordringliche Körpersensationen: sie werde elektrisiert, es würden ihr Spritzungen gemacht. Ein Auge sei herausgenommen worden, die Kopfnerven seien verdorben. Nach einem Besuch von zwei bekannten Klosterschwestern glaubte sie, das seien ihre verkleideten Feinde gewesen. Sonst keine Personenverkennungen. Örtliche und zeitliche Orientierung erhalten. Anfangs starkes Zittern. Mußte in der ersten Zeit ihres Aufenthaltes im Krankenhause wegen ihrer Unruhe öfter im Einzelzimmer gehalten werden. Die Zurückhaltung im Krankenhause und die Verbringung nach Erlangen führte sie ebenfalls auf Machenschaften ihrer Verfolger zurück, die sich ihres Geldes bemächtigen wollten.

Seit 2. April 1906 in der psychiatrischen Klinik Erlangen. Von Anfang an örtlich und zeitlich orientiert. Anfänglich noch zahlreiche Phoneme, z. B. beim Baden gelegentlich der Aufnahme: „Dersaufts gleich." Die Hexenbande sei eben noch nach Erlangen gekommen; sie solle hier verschollen und tot gemacht werden, damit man dann um so leichter an ihr Geld komme. Schimpfte anfangs noch viel auf ihre Verfolger, betrachtete alle Vorgänge in der Umgebung mit gespanntester Aufmerksamkeit, weniger ängstlich als mißtrauisch. Sehr lebhaftes Mienenspiel, gesteigerte Ausdrucksbewegungen. Sehr starkes Mitteilungsbedürfnis; überschüttete den Arzt, sobald sie dessen ansichtig wurde, mit einer Flut von Erzählungen über ihre schrecklichen Erlebnisse. Auch bei gleichgültigen Dingen hochgradige, ideenflüchtige Weitschweifigkeit.

Nach etwa 4 Wochen Beruhigung. Seitdem stationärer Zustand: Pat. hält an den erstberichteten halluzinatorisch-wahnhaften



Erlebnissen ohne eine Spur von Krankheitseinsicht fest. Sie bringt die Erzählung dieser Erlebnisse seit Jahren immer wieder in genau derselben Weise, vielfach mit genau denselben Worten, vor. Ihr Gedächtnis hat weder etwas davon verloren noch hat Pat. etwas — soweit die Erlebnisse selbst in Frage kommen — hinzugetan. Nur hat sich im Laufe der Jahre ihre Überzeugung, einer Hexenbande in die Hände gefallen zu sein, befestigt; sie ist nun überzeugt, daß auch die Zitzmann und die Scheuerlein, die ihr schon 1897 und 1898 die Schlüssel und das Fläschle „gelegt" hätten, mit zu der Hexenbande gehörten. Auch glaubt sie jetzt, daß der widrige Geruch in dem Weberschen Hause Leichengeruch war, und daß die Webers und Ettingers in diesem Hause schon jemanden umgebracht hätten. So sollte es ihr auch gehen. Schon früher habe sie solches munkeln hören, hätte es aber zuerst nicht geglaubt. Im übrigen hat sich der Kreis der in ihr Wahnsystem einbezogenen Personen nicht erweitert. Insbesondere hat sich der Verfolgungswahn weder auf die Ärzte noch auf das Pflegepersonal ausgebreitet, obwohl Pat. trotz ihrer wiederholten Bitten um Entlassung noch immer in der Klinik zurückbehalten wird. Sie bezieht vielmehr die noch nicht erfolgte Entlassung ebenso wie alle andern ihr gelegentlich zustoßenden unangenehmen Erlebnisse ohne Erweiterung des Wahns auf ihre alten Feinde. Diese verständen es z. B., sie krank erscheinen zu lassen; so könnten darum die Ärzte gar nicht anders, als sie weiter hier zu behalten.

Pat. litt von 1908 bis 1910 (d. h. in ihrem 59. bis 61. Lebensjahre) an häufigen, unregelmäßigen Genitalblutungen, die von einem am 13. Mai 1910 durch Totalexstirpation (H. Prof. *Seitz*) entfernten Karzinom des Corpus uteri ausgingen. Pat. war und ist zu einer unbefangenen Auffassung dieser Beschwerden absolut unfähig: die Hexen haben ihr das Blut herausgezogen. In jenen Jahren beschwerte sie sich alle paar Tage, daß die Hexen ihr wieder die Beine und den Leib elektrisiert und das Blut abgezapft hätten. Seit ihrer Aufnahme hat Pat. ab und zu über Schwindelgefühle geklagt. Das machen ihr auch die Hexen. Am 22. November 1911 bekam sie nachts plötzlich Kopfschmerzen und Erbrechen. Am folgenden Morgen erzählte sie, sie habe deutlich gemerkt, daß ihr die Hexen am Kopfe geschraubt und ihr das Essen vom Magen durch den Hals hinaufgewürgt hätten. Die Zunge sei nun ganz trocken, das bewirkten auch die Hexen, die ihr damit auch das Plaudern unterbinden wollten, das sei „Hinterziehung", fügte sie höchst erbost hinzu.

Es sind nur solche besonderen, peinlich-affektvollen Erlebnisse, die sie wahnhaft auffaßt. Den gewöhnlichen Tageserlebnissen steht sie unbefangen gegenüber.

Sie hat noch immer „Gehörsstimmen", „Flüsterstimmen". Das sind ihre bekannten Feinde. Der Inhalt der Stimmen ist aber meist nicht mehr bedrohend oder beschimpfend. Vielmehr reden die Stimmen über alles, was gerade vorgeht oder was die Pat. innerlich beschäftigt.

Es handelt sich um „Gedankenlautwerden". Pat. schließt daraus, daß die Hexen ihre, der Pat., Gedanken kennen. Wenn Pat. z. B. an ihre Pflegemutter denkt, so fangen die Hexen auch an, von der Pflegemutter zu reden. Aber sie kennen ihre Gedanken doch nicht ganz. „Sie kommen nicht weiter, sie wissen nur den Anfang" — fügt Pat. mit Genugtuung hinzu. „Ich trumpf sie gescheit ab."

Gesichtstäuschungen und Sensationen kommen nicht mehr vor (bei den oben erwähnten körperlichen Beschwerden handelte es sich ja nicht um halluzinatorische Mißempfindungen, sondern um wahnhaft gedeutete wirkliche körperliche Beschwerden).

Die Kranke begleitet ihre Wahnvorstellungen, Mißdeutungen und halluzinatorischen Erlebnisse ständig mit sehr lebhaftem, jeweils proportionalem Affekt. Die Art des diesen Bewußtseinsinhalten bezw. -vorgängen anhaftenden Affektes hat sich aber seit Beginn der Erkrankung wesentlich geändert. Im Anfang mehr ängstlich, ist Pat. jetzt empört, voll Zorn und Racheverlangen gegenüber ihren Verfolgern. Sie fühlt sich aufs tiefste beleidigt und kann diese Beschimpfungen seitens der Weber, Ettinger und Raum nicht auf sich sitzen lassen. Jedesmal, wenn man ihr vorstellt, daß sie entlassen werden könnte, wenn man gewiß wäre, daß sie die ganze Geschichte ruhen lassen würde, erklärt sie voll Entrüstung: „Das kann ich nicht", „ich muß meinen Charakter wahren". Sie bittet immer und immer wieder um Entlassung; denn die Sache müsse nun endlich verhandelt werden. Die Weber und Ettinger werden angezeigt „wegen Schießdrohung", die Webers, Ettingers und Raums „wegen der nackten Geschichte und der Zauberei". Das ist das erste, was sie nach ihrer Entlassung tun wird, daß sie diese Hexenbande vor Gericht bringt. Sie fürchte sich keineswegs, sie sei kuragiert — erklärt sie lächelnd mit großem Selbstbewußtsein. Sie beurteilt ihre Aussichten trotz ihrer langen Zurückhaltung mit einem unverwüstlichen Optimismus. Ihre Feinde werden schon ihre Strafe bekommen. Sie selbst kann sich nicht irren. Sie dankt Gott täglich, daß sie ihren vollen Verstand habe und körperlich trotz ihres Alters tadellos gesund sei. Sie ist zwar leicht verletzt, aber bald wieder versöhnt und im ganzen von gleichmäßig heiterer Stimmung; sie geht auch gern auf einen Scherz ein. Sogar in ihre psychotischen Erlebnisse mischt sich die heitere Stimmungslage hinein, indem Pat. manchmal mit vergnügtem Schmunzeln berichtet, daß die Hexen doch nicht alle ihre Gedanken wüßten.

Die Pat. zeigt das lebhafteste Interesse für ihre Freundinnen, denen sie eifrig Briefe schreibt, sie spricht voll Dankbarkeit von ihren Pflegeeltern, ist höflich gegenüber den Ärzten, sie hat unter dem Personal und den Kranken ihre Freundinnen und solche, die ihr unsympathisch sind — ihr Gefühlsleben hat an Ansprechbarkeit nichts eingebüßt.

Das Verhalten der Pat. ist dauernd geordnet. Sonderbare Gewohn-



heiten oder psychomotorisch-katatonische Erscheinungen fehlen durchaus. Mienenspiel und Ausdrucksbewegungen sind stets sehr lebhaft. Pat. ist immer tätig: sie näht, strickt, häkelt, hält ihr Zimmer in Ordnung usw. Im Gespräch entwickelt sie eine auffällige Redseligkeit und Weitschweifigkeit — ganz besonders, wenn sie über ihre Verfolgungen berichtet, von denen sie keine der schon 1000 mal gehörten Einzelheiten zu erzählen vergißt. Durch die ideenflüchtige Überproduktion an Nebenvorstellungen wird der Gedankenfortschritt aber nur aufgehalten, nicht endgültig vom Gegenstande abgelenkt. Es kommt, besonders bei schriftlicher Wiedergabe der Gedanken (Briefe), wohl vor, daß sie infolge der Häufung der sich aufdrängenden Vorstellungen aus der Konstruktion fällt; spezifische Störungen des sprachlichen Ausdrucks (agrammatische Störungen und Verwandtes) liegen nicht vor. Auch die von der Kranken zur Bezeichnung ihrer psychotischen Erlebnisse gebrauchten stehenden Ausdrücke (Schießdrohung, nackte Geschichte u. ä.) sind keine an sich pathologischen Bildungen; dies gilt — unter Berücksichtigung des Bildungsstandes der Kranken — auch für die begrifflich nicht ganz zutreffenden Ausdrücke „Hintertreibung" (= die Tatsache, daß sie hier zurückbehalten werde, daß ihre Entlassung hintertrieben werde) und „Hinterziehung" (= die Hexen entzogen ihr einmal gewissermaßen das Wort, verhinderten sie, zu sprechen, indem sie ihr eine trockene Zunge machten). Übrigens sind solche „Termini" nur ganz vereinzelt.

Trotz und neben den ideenflüchtigen Erscheinungen besteht eine Einförmigkeit des Denkens, indem Pat. fast von jedem Unterhaltungsgegenstand den Weg zu ihren wahnhaften Erlebnissen und zu ihrem Verlangen nach Genugtuung und Entlassung findet. Ist sie einmal auf diese ihre Lieblingsgegenstände gekommen, so hat man die größte Mühe, sie davon abzubringen. Sie schenkt den andern Fragen kaum Gehör und entgleitet immer wieder in die so oft schon abgewandelten Bahnen. Sie ist auch, sich selbst überlassen, sehr viel mit ihren psychotischen Erlebnissen beschäftigt und fällt dem Personal und den andern Kranken ihrer Abteilung mit der immer wiederholten Erzählung ihrer Hexengeschichten lästig, die sie — auch ein Zeichen der Einförmigkeit ihres Denkens — trotz aller weitschweifigen Umständlichkeit seit Jahren fast mit denselben Worten vorträgt. Zu Dutzenden von Malen hat sie die „Schießdrohung", die „nackte Geschichte" u. a. in Briefen an Bekannte, an die Gerichte, an ihren Vormund, in Berichten für die Ärzte zu Papier gebracht. Pat. ist auch bei der Lösung von Denkaufgaben in mäßigem Grade unbeholfen und unproduktiv. Sie ergänzt einen leichten Lückentext langsam und nicht immer richtig, erklärt das Sprichwort „Morgenstund hat Gold im Mund" dahin, daß es gesünder sei, morgens früh aufzustehen, vermag den Unterschied zwischen Lüge und Irrtum weder begrifflich noch sprachlich klar herauszubringen. Sehr lehrreich ist das Ergebnis des Assoziationsversuchs. Es dauert oft lange, bis der Pat. etwas einfällt; in



etwas mehr als der Hälfte der Fälle regt das Reizwort keine fortschreitende Vorstellungsbewegung an, sondern die Kranke haftet in irgendeiner Weise an der mit dem Reizwort gegebenen Vorstellung (22 unter 50 Reaktionen): sie bringt denselben Begriff in andern Worten, oder sie definiert, umschreibt, gibt den Oberbegriff oder einen Teilbegriff. Ziemlich häufig (9 Fälle) sind die den verharrenden Assoziationen nahestehenden Kontrastassoziationen. Von den 28 fortschreitenden Assoziationen ist eine eine Wortergänzung und 4 sind sprachliche Reihen. *Bourdons* Aufmerksamkeitsprobe wird ohne Fehler gelöst. Der Gedächtnisschatz ist wohl erhalten, die persönlichen Lebenserinnerungen ebenso wie das allgemeine Wissen, das Jüngstvergangene ebenso wie das Altgedächtnis. Die Merkfähigkeit ist tadellos.

Körperlich sieht Pat. mit ihren kaum ergrauten Haaren, der nur wenig gerunzelten Haut und dem lebhaften Mienenspiel jünger aus als ihrem Alter von nunmehr 63 Jahren entspräche. Leichte Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Die fühlbaren Arterien sind nur wenig derber als normal, Blutdruck 160 mm Quecksilber. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Mäßiges Emphysem. Chronische Mittelohrschwerhörigkeit: rechts Flüstersprache = 0, links 10 bis 15 cm (Priv.-Doz. Dr. *Brock*). Neurologischer Befund negativ.

5. Gnad, Barbara, geb. Fröschauer, Schreinerswitwe von Fürth, geboren am 6. November 1844.

Keine erbliche Belastung. In der Schule sehr gut gelernt, Schon als Kind augenleidend. Vom Stiefvater — der Vater ist gestorben, als Pat. 9 Jahre alt war — schlecht behandelt; auch in ihren Stellen als Dienstmädchen hat sie es sehr schwer gehabt. Mit 25 Jahren Heirat. Zuerst glücklich in der Ehe. 11 Kinder, von denen nur 3 noch am Leben sind; 6 Kinder sind klein an Abzehrung oder an Konvulsionen gestorben. In den letzten Jahren vor der Erkrankung viel Kummer und Not, da der Mann trank und nichts mehr verdiente. Pat. war, wie ihre Tochter bestätigt, immer sehr tätig, sauber, rechtschaffen und religiös. Als die Kinder Geld verdienten und es der Mutter brachten, wollte diese es nicht annehmen; das sei eine Schande. Die Mutter sei sehr streng, aber doch freundlich gewesen, von gleichmäßiger, nicht gedrückter Stimmung. Der Tochter ist nicht bekannt, daß die Mutter in früheren Jahren eifersüchtig gewesen sei. Schimpfworte durften in ihrem Hause nicht gebraucht werden. Mit 52 Jahren verlor Pat. die Periode. 2 Jahre vorher, 1894, geriet Pat. zum ersten Mal in Streitigkeiten mit den Hausgenossen; wahrscheinlich der Beginn der Erkrankung. Es handelte sich um eine Familie Gast arme und minderwertige Leute; der Mann war Hausierer und zankte sich oft mit seinen erwachsenen Söhnen. Die Gnads zogen im Jahre 1894 aus und wechselten seitdem häufig die Wohnung, weil die Frau überall in Streit geriet. In der zweiten Wohnung, die sie seit 1894 bewohnte, glaubte sie von jener Frau Gast bei der Hausbesitzerin verklatscht worden

zu sein. Außerdem warf sie der Hausbesitzerin vor, daß dieselbe ihr als einer Protestantin mißgünstig sei, weil bei den Hausbesitzersleuten, die einen Spezereiladen hatten, der katholische Gesellenverein kaufte. Es gab dann weitere Schwierigkeiten, als ein gewisser Deininger in dasselbe Haus zog. Die Deiningers klopften ihre Sachen angeblich auf dem Gange der Gnadschen Wohnung aus. Damals müssen schon Gehörstäuschungen aufgetreten sein. Pat. hörte besonders nachts die Hausbesitzersfrau und andere im Hause wohnende Frauen über sich schimpfen: „das schlechte Mensch“ u. ä. Ihren Mann begann sie mit sinnloser Eifersucht zu verfolgen. In der folgenden Wohnung wurde es schlimmer; so oft Pat. in den Hof ging, um Wasser zu holen, hörte sie eine Frauenstimme vom ersten Stock herabrufen: „Saumensch, Saumist, Fetzen“. Auch Herren seien bei den Frauen im Hause aus- und eingegangen und hätten auf sie hinuntergerufen „Spitzbübin, Sauweib“. Sie beschimpfte nun ihrerseits ihre Feindinnen, warf denselben vor, daß sie mit allen möglichen Männern, besonders aber mit ihrem, Gnads Manne, Unzucht trieben, und zeigte dieselben mehrfach bei der Polizei an. Die Krankheit verschlimmerte sich allmählich bis zum Jahre 1904. Damals richtete sich der Haß der Kranken gegen eine Frau Auer, mit der die Kranke kaum ein Vierteljahr im gleichen Hause wohnte. Den Polizeiakten Fürth entnehme ich: Pat. schimpfte von ihrer Wohnung auf die Auers herunter, nannte die Auers die größte Hurenbande, beschuldigte die Frau Auer des Ehebruchs mit Gnad und behauptete, daß Frau Auer dem Gnad auch noch andere Weibsbilder verschaffe. Des Nachts skandalierte sie oft stundenlang, nannte ihren Mann den größten Hurenkerl, der nie heimgehe, ohne vorher die Auersche Wohnung aufzusuchen, was sich als eine freie Erfindung herausstellte. Sie warf dem Manne auch vor, daß er Wein in die Auersche Wohnung trüge und mit den sich dort aufhaltenden zahlreichen Frauenzimmern und Zuhältern Gelage feiere. Pat. beschimpfte die Hausgenossen nicht nur in der ordinärsten Weise, sondern drohte auch, sie werde den Auer mit der Axt erschlagen, wenn er zu ihr hinaufgehe. Auch sprach sie davon, die ganze Sache einem schneidigen Advokaten übergeben zu wollen. Später — in der Klinik — behauptete Pat. noch, die Auers hätten ein „Elektrizitätssträngelein“ hingemacht, damit Pat. die Schimpfworte (Fetzen, Saumensch) besser hören sollte. In jeder Ecke im Hofe hätte ein Paar gestanden und sie beschimpft, wenn sie den Hof betrat. Der Auer sei ein Nihilist, ein Meuchelmörder gewesen.

Am 17. Februar 1905 polizeilich in die Klinik eingewiesen. Während 7 Jahren zeigte Pat. hier die gleichen Krankheitserscheinungen, die nur zuletzt an Intensität nachgelassen hatten. Am 19. Februar 1912 wurde Pat. in die Familie ihrer, in guten Verhältnissen lebenden, verheirateten Tochter entlassen, wo sie bisher keine Schwierigkeiten gemacht hat trotz Fortbestehens der Krankheitserscheinungen.

Im Vordergrunde stehen H a l l u z i n a t i o n e n. Pat. hört fort-



während Stimmen, die sie zum Teil auf die Personen der Umgebung projiziert, zum Teil aus dem Erdgeschoß, dem oberen Stockwerk, dem Garten her hört. Sie nimmt infolgedessen an, daß hier in der Klinik sich nicht nur ihr Mann und ihre Kinder und Enkelkinder, sondern auch zahlreiche, ihr von Nürnberg her bekannte Personen befinden. Die Nachricht vom Tode ihres Mannes wies sie mit Hohn ab, da sie den Mann ja unausgesetzt sprechen höre. Gelegentlich glaubt Pat., auch in einer neu eintretenden Pflegerin, einer neuen Kranken oder einem neu angestellten Arzt frühere Bekannte oder Verwandte zu erkennen, aber diese Verkennungen werden immer wieder korrigiert. Einen Praktikanten hielt sie — ob dauernd oder nur vorübergehend, steht dahin — für einen Polizeiwachtmeister. Der stattliche Schnurrbart und die übereifrige Kontrolle, die dieser Herr auf den Krankenabteilungen ausübte, lassen die Verkennung nicht so unbegreiflich erscheinen. Einmal verkannte sie einen Mann als ihren Vater. Obwohl sie bei der Beerdigung ihres Vaters dabei gewesen ist, blieb sie darauf bestehen, daß ihr Vater noch lebe und hier sei. Nur zum geringen Teil sind die Trugwahrnehmungen der Kranken Illusionen, ganz überwiegend handelt es sich um echte Gehörshalluzinationen. Die Pflegerin sagt im Vorbeigehen: „Fetzen, Lusch". Ein Pfleger, der unten im Garten beschäftigt war, rief, „blindes Luder, schau nur herunter". Aus dem Saale tönt es: „nur der nicht, lieber der", worauf Pat. antwortete: „ihr Heiratsvermittler". Sie hört ein Frauenzimmer „unten" zu ihrem Manne sagen, er solle sie tüchtig schlagen, sie aus der Anstalt hinaustun, einige Wochen behalten und dann hinausschmeißen; sie käme dann in die Pfründe und der Mann wäre geschieden. Den Staatsanwalt hörte sie sogar im Anfang, der sagte: „Jessas, was tut man denn mit der, die schlacht't man ab". Es wird ihr vorgeworfen, daß sie es mit ihrem Sohn, ihr Mann mit ihrer Tochter gehabt habe. Sie hure mit den Ärzten, wird „Doktorshure" genannt. Ihre Tochter sei schwanger und habe eine Schnalle gemacht. Andere Beschimpfungen sind „Diebin, Spitzbübin". Bald behauptet sie, daß ihr Mann nebenan Unzucht treibe, bald entnimmt sie den Stimmen, daß ihr Mann, ihre Kinder und Enkel hier eingesperrt seien, erbärmlich schreien und große Qualen leiden müssen. Im Anfang unterschied Pat. unter ihren Gehörstäuschungen drei Arten: solche, die von der Decke herunter kamen, diese bezeichnete sie als den „Staat" — offenbar bezog sie diese auf das Gericht und den Staatsanwalt —; dann eine einzelne Stimme, die zum Fenster hereinkam, „das Wort", und endlich die Stimmen, die sie den Personen der Umgebung zuschrieb. Neben den Gehörstäuschungen zahlreiche Halluzinationen der Hautempfindungen, des Geschmacks und Geruchs. Mitten in einer Unterredung wendet sie plötzlich den Kopf nach oben und sagt: „Sehen Sie, da wird wieder heruntergespritzt". Scharfe Gifte werden ihr auf den Kopf und das Gesicht heruntergetropft. Mit Gas wird sie verbrannt. Spinnen, Käfer und anderes Getier wird auf sie heruntergelassen. Dreck wird vom



oberen Fenster heruntergeworfen, so daß es zum unteren Fenster, an dem sie immer sitzt, hineinfliegt. Auch einer der Ärzte habe sich damit beschäftigt, Bienen, Wespen und Spinnen an Fäden auf ihren Kopf hinunterzulassen, besonders nachts. Als sie eines Tages ein Tuch um den Kopf gebunden hatte, nachdem sie sich die Haare gewaschen hatte, hörte sie sagen: heute könne man ihr nichts tun, sie habe ja das Tuch auf dem Kopfe. Sehr oft weist sie voll Zorn das Brot oder die Suppe zurück — oft, nachdem sie zuerst ein paar Bissen oder Löffel ruhig gegessen hat; sie hat dann mit einem Mal gemerkt, daß Gift, scharfes Salz oder ähnliches darin ist. Ungezählte Male hielt sie mir bei der Visite das Brot vor: „Da schmecken Sie doch"; es sei schimmlig, verfault, man habe auch von oben giftiges Zeug darauf gespritzt. Im Preßsack sei Pferdefleisch. Das Essen sei überhaupt schlecht zubereitet, die Suppe eine Wasserschmalze, die Pflegerin solle sie selber essen. Das Bettzeug, die Leibwäsche sei auch entsetzlich schlecht, faul, nicht zu benutzen. Genitale Sensationen wurden nie beobachtet.

Pat. begegnet ihrer Umgebung mit starkem Mißtrauen. Sie zieht sich von den andern zurück, hält sich nicht im Tagesraum, sondern auf dem Korridor auf, wo sie auf einem Stuhl am Fenster sitzt und von dort ihre Umgebung scharf beobachtet. Mit mißtrauisch prüfenden Blicken nimmt sie die Speisen in Empfang. In der ganzen Art, wie man hier mit ihr verkehrt, in all den kleinen Dingen des täglichen Lebens empfindet sie sich anders behandelt wie die andern Kranken: „Ich bin in allem zurückgesetzt". Wirkliche Unannehmlichkeiten mißdeutet sie in beeinträchtigendem Sinne. Wenn sie Schnupfen oder Husten bekommt, so ist das nur die Folge davon, daß die Pflegerin absichtlich trotz ihrer Bitten das Fenster aufgelassen hat. Im Frühjahr 1907 bekam Pat., die an einer chronischen Conjunctivitis litt, im Anschluß an eine Verletzung des rechten Auges — sie war sich selbst aus Unvorsichtigkeit mit dem Handtuch ins Auge gekommen — ein Hornhautgeschwür, gegen dessen Behandlung sich die Kranke sträubte, und das zu Phthisis bulbi führte. Pat. behauptet unentwegt, daß die Ärzte an dem Verlust des Auges schuld seien. Man habe ihr das eine Auge genommen und werde sie auch auf dem andern noch blind machen. Als einmal sämtliche Kranke der Klinik geimpft wurden, habe man sie mit schlechter Lymphe geimpft; das Gift sei vom Vieh genommen worden, und sie habe „furchtbare Ohren" und den Hals voller Blasen davon bekommen. Man wolle sie hier zugrunde richten. Wiederholt hat sie die Pflegerinnen nicht nur in der gemeinsten Weise beschimpft, sondern ist auch drohend und tätlich gegen Pflegerinnen und andere Kranke vorgegangen. Hierbei mußte sie natürlich zurückgehalten werden. Das wird übertrieben, mißdeutet und auf dem Wege von Erinnerungsfälschungen umgestaltet: sie sei blutig geschlagen und gedrosselt, mißhandelt und geschändet worden, der ganze Körper sei voll blauer Flecke gewesen. Erinnerungsfälschungen im Sinn ihrer Wünsche sind es, wenn sie behauptet, der Herr Professor habe sie dreimal für gesund erklärt.

Neben dem Mißtrauen treten in der Affektlage der Kranken Entrüstung, Empörung, Zorn hervor. Es kommt sehr oft zu heftigen Zornausbrüchen, insbesondere zu gewaltigem Schimpfen. Pat. springt plötzlich — in Reaktion auf Halluzinationen — von ihrem Stuhl, auf dem sie bis dahin ruhig gesessen hatte, auf, läuft laut schimpfend und drohend auf den Arzt oder eine Pflegerin zu. Sie verlangt bei solchen Gelegenheiten auf der Stelle entlassen zu werden, sie sei nicht krank, sie habe ihren vollen Verstand, gehöre nicht ins Narrenhaus; sie will vor Gericht gestellt werden, wenn man etwas gegen sie hat, oder man soll sie der katholischen Geistlichkeit vorführen, gegen die sich ihr Verdacht noch immer richtet. Auch wenn sich Pat. in ruhiger Verfassung befindet und man mit ihr über ihre krankhaften Erlebnisse spricht, so gerät sie bald in lebhaften Affekt, beklagt sich mit den Gebärden und Ausdrücken der Entrüstung und der schwer gekränkten Unschuld über die Beschimpfungen und Anfeindungen. Hierbei hebt sie hervor, was sie für eine ordentliche Person gewesen sei, niemand habe ihr etwas Schlechtes nachsagen können. Ihrem Manne sei sie ihr Leben lang treu gewesen, nie habe eines in ihrem Hause ein Schimpfwort gebrauchen dürfen —, und nun diese gemeinen, erlogenen Vorwürfe und Beschimpfungen tagtäglich zu hören! Oft reagiert sie mit Hohnlachen, wenn man die Wirklichkeit ihrer krankhaften Wahrnehmungen bezweifelt. Mit großem Selbstbewußtsein rühmt sie ihren Verstand; sie habe keine Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. In ihrem ganzen Verhalten spricht sich eine große Rüstigkeit und großer Kampfesmut aus. Sie tritt als die Anklägerin auf, sie fordert von ihren Widersachern Rechenschaft. Bei entsprechendem Anlaß kann sie auch heiter sein, sie lacht über einen Scherz, sehr oft hat sie mich freundschaftlich angeredet und mich zu sich herangewinkt, um mir mit einer gewissen Vertraulichkeit von ihren Belästigungen zu erzählen, und um mich um ein unparteiisches Urteil über diese Dinge zu bitten. Die arbeitenden Kranken bezeichnet sie spöttisch als „Nähfabrik"; sich selbst an solchen Arbeiten zu beteiligen, lehnt sie mit Hohn und Entrüstung ab. Doch hält sie ihre Kleider sauber und in Ordnung und befolgt in ihrer Lebensführung gewisse pedantische Gewohnheiten. Ihr Interesse für ihre Familie und ihre früheren Erlebnisse ist wohl erhalten. Auch die Vorgänge der Umgebung verfolgt sie mit reger Aufmerksamkeit. So erweckte es z. B. ihr lebhaftes Interesse, als eine Ärztin als Praktikantin an der Klinik eintrat. Sie erkundigte sich angelegentlich bei derselben, ob sie denn eine richtige Ärztin oder nur Hebamme werden wollte.

Es geht aus dem Gesagten schon hervor, daß die Wahnbildung sich ausschließlich in der Richtung der Beeinträchtigung bewegt. Sehr deutlich ist das Bestreben, die krankhaften Wahrnehmungen mit der Wirklichkeit in Übereinstimmung zu bringen. Oft macht Pat. hierbei charakteristische Äußerungen der Ratlosigkeit; sie wisse gar nicht, wer eigentlich hinter all diesen Belästigungen stecke, und was man eigentlich von ihr wolle. Bald vermutet sie, das Gericht habe ihre Internierung hier



veranlaßt, dann verlangt sie, vor das Gericht oder den Magistrat gestellt zu werden, wo sie ihre Sache schon vertreten wolle, bald argwöhnt sie. daß sie von der katholischen Geistlichkeit verfolgt werde, weil sie einen Katholiken geheiratet habe, ihre Kinder aber protestantisch erzogen worden seien. Sie ist auch gegen katholische Pflegerinnen und gegen die katholische Oberpflegerin besonders mißtrauisch. An den Eifersuchtsideen gegenüber ihrem Manne hält sie fest, behauptet, derselbe habe viel Geld, verkehre mit den Ärzten, treibe auch hier Unzucht mit allen möglichen Frauenzimmern. Im Widerspruch dazu äußerte sie öfter, auch ihr Mann sei hier eingesperrt und müsse wie sie leiden.

Pat. spricht — besonders über ihre krankhaften Erlebnisse — mit großer Gewandtheit, lebhaftem Mienenspiel und großem Wortreichtum. Sie ergeht sich in ihren Klagen und Anschuldigungen in detaillierten Einzelschilderungen der Belästigungen, denen sie ausgesetzt sei, überschüttet den Arzt manchmal mit einem kaum zu verfolgenden Wortschwall, indem sie ideenflüchtig zahlreiche Nebenvorstellungen produziert. Doch kehren dieselben wahnhaften Angaben fast ohne Variation und mit denselben Wendungen immer wieder. Eine große Einförmigkeit in der spontanen Gedankentätigkeit ist nicht zu verkennen. Merkfähigkeit und Gedächtnisschatz, insbesondere auch die jüngst erworbenen Erinnerungen. sind ungestört.

K ö r p e r l i c h klein, teilweise ergrautes Haar, Pockennarben im Gesicht, das rechte Auge eingesunken, am linken chronische Conjunctivitis. Hornhauttrübungen und -narben. Die 68 jährige Frau sieht bei ihrem lebhaften Wesen und dem frisch geröteten, wenig gerunzelten Gesicht jünger aus.

6. B a u t n e r , Rosine, ledige Arbeiterin aus Fürth, geboren am 1. Juli 1851.

Der Vater der Kranken kämpfte seit 1871 in einer — wie aus seiner noch erhaltenen Korrespondenz hervorgeht — echt querulatorischen Weise um eine Erbschaft seiner Frau, einer aus einer Emigrantenfamilie stammenden geb. Randon. Seine Ansprüche wurden 1879 von einem Rechtsanwalt für eine „abenteuerliche Wahnvorstellung“ erklärt. Nur soviel scheint daran Tatsache zu sein, daß ein französischer Marschall Randon 1870 oder 1871 gestorben ist. In den letzten fünf Jahren seines Lebens litt der Vater der Pat. viel an Asthma und Angstanfällen, in denen er sich das Leben nehmen wollte. Die Mutter der Kranken war eine aufgeregte Frau, die viel über Kopfschmerzen klagte. Die jüngere Schwester der Kranken litt auch viel an Kopfweh und erkrankte mit 44 Jahren an einer, der Geistesstörung der Pat. sehr ähnlichen Psychose und starb nach 7 jähriger Dauer derselben an Gehirnarteriosklerose.

Pat. selbst ist nach ihrer Angabe als Kind schwächlich gewesen, lernte erst mit 2 Jahren laufen. Zwischen dem 25. und 30. Lebensjahre hatte sie Magenblutungen. Auch später noch litt sie an Magenbeschwer-



den. Erbrechen und Kopfschmerzen zur Zeit der Periode. In der Schule will sie gut gelernt haben, war immer fleißig, sparsam, fromm und führte mit der verwitweten Mutter und nach deren Tode mit ihrer Schwester ein zurückgezogenes Leben. Als junges Mädchen hatte sie 1 1/2 Jahre lang ein Verhältnis. Der Verlobte starb, ein Kind aus diesem Verhältnis ging mit 2 1/4 Jahren an Brechdurchfall zugrunde. Nach diesem Verhältnis will Pat. nie mehr mit einem Manne verkehrt haben. Sie hielt auch ihre Schwester, die lebenslustiger war als sie selbst, immer von Vergnügungen und vom Herrenverkehr zurück. Nach dem Tode der Mutter zogen die Schwestern von Erlangen nach Fürth, wo Pat. viele Jahre in einer Zinnfigurenfabrik arbeitete.

Mit 53 Jahren (1904) blieb bei der Kranken die Menstruation aus, nachdem sie schon im Jahre vorher einmal längere Zeit ausgesetzt hatte. Damals war Pat. rasch am ganzen Körper sehr fett geworden und hatte sich sehr unwohl gefühlt. Sie soll in dieser Zeit nach Angaben, die ihre Schwester früher gemacht hat, einen 14 Tage lang dauernden Aufregungszustand durchgemacht haben, den Pat. allerdings leugnet und über den sonst nichts Näheres zu erfahren war. Im Sommer 1904 mußte ihre Schwester in die hiesige Anstalt aufgenommen werden. Pat. hat schon ein Jahr lang vorher bemerkt, daß es mit ihrer Schwester nicht mehr richtig war. Diese behauptete immer, daß sie bestohlen würden. Pat. hatte für die Wahnvorstellungen ihrer Schwester vollkommene Einsicht. Bald nach der Verbringung der Schwester in die hiesige Anstalt begann die Krankheit bei der Pat. selbst. Sie behauptete nun auch, daß sie bestohlen würde, daß man ihre Bettkissen öffnete und ihr die Federn herausnähme. Man stähle ihr die „Advokatenbriefe", d. h. die Briefe, die ihr Vater in seiner Erbschaftsangelegenheit mit Rechtsanwälten gewechselt hatte. Sie geriet in Streit mit ihren Mitarbeiterinnen und den Hausgenossen, wechselte deshalb mehrfach ihre Arbeitstelle und Wohnung und behauptete, man hätte sie beim Inhaber der Firma verhetzt und so aus ihrer Stelle gebracht. Schließlich habe man ihr Sachen ins Essen getan, um sie zu vergiften. Auch ihre Schwester sei durch Vergiftung krank gemacht worden. Die Vergiftungsvorstellungen sind schon in einem Brief enthalten, den Pat. im März 1907 an ihre in der Anstalt befindliche Schwester geschrieben hat. Wiederholt zeigte Pat. ihre Widersacher vor Gericht an. In dieser Zeit tauchte auch der Gedanke an die Erbschaft, der seit dem Tode des Vaters jahrzehntelang in der Pat. geruht hatte, wieder in ihr auf. Pat. hat wiederholt angegeben, daß sie und ihre Schwester nie mehr an die Erbschaft gedacht hätten; erst nachdem die Belästigungen angefangen hätten, erinnerte sie sich der Erbschaft wieder und glaubte bald an dieselbe. Die „Advokatenbriefe" seien ihr eben gestohlen worden, damit sich andere der Erbschaft bemächtigten. Als drittes krankhaftes Element traten sexuelle Begehrungen und Wahnvorstellungen auf: ein hoher Offizier ritt oft an ihrer Wohnung vorbei, grüßte sie und suchte mit



ihr in Verbindung zu kommen, was aber durch ihre Feinde verhindert worden sei; auch Briefe seien aufgefangen worden. Im Januar 1908 konnte sie es vor Belästigungen in Fürth nicht mehr aushalten, und da sie sich 700 M. erspart hatte und überdies das Eintreffen der Erbschaft mit aller Bestimmtheit für die nächste Zeit erwartete, zog sie nach Erlangen und übernahm keine Arbeit mehr. In ihrer hiesigen Wohnung begannen die Belästigungen bald von neuem: man tat ihr z. B. Gift in den Kaffee, so daß sie Magenbeschwerden bekam. Bei den Besuchen, die sie ihrer Schwester in der Klinik abstattete, fiel sie durch ihr aufgeregtes, krankhaft heiteres Wesen und ihre Redseligkeit auf; sie erzählte lachend und mit großem Wortschwall, daß sie demnächst eine große Erbschaft, die in die Millionen gehe, zu erwarten habe. Sie sei mit einem Offizier aus Egloffstein verlobt. Aufgeputzt, mit knallroten Rosen am Hute kam sie daher, die Finger voller Similibrillanten.

Am 22. November 1908 kam Pat. zum Besuch ihrer Schwester in äußerst erregter Verfassung und erzählte, sie sei die letzte Woche wieder zweimal mit Wasser vergiftet worden. Von ihrer Schwester wollte sie sich verabschieden, weil sie jetzt nach Nürnberg zöge, um den Verfolgungen zu entgehen und ihre Heirat zu betreiben. Daraufhin wurde ihre sofortige Aufnahme in die Klinik veranlaßt. Während ihres nunmehr vierjährigen Aufenthaltes in der Klinik ist die Wahnbildung insofern konstant geblieben, als sie dauernd von den drei Grundvorstellungen der Beeinträchtigung an Gesundheit, Besitz und Freiheit, der Erbschaft und der vornehmen Heirat beherrscht wird. Im einzelnen wechseln allerdings die Angaben. Zufällige Beobachtungen und besonders zahlreiche Konfabulationen werden fortwährend in die Wahngebilde verwoben, ohne Rücksicht darauf, ob die jeweiligen Behauptungen immer mit früheren Angaben übereinstimmen. Bei Hinweis auf diese Widersprüche pflegt Pat. zu sagen, sie wisse ja selbst nicht genau, wie sich alles verhalte, da sie ja durch ihre Verwahrung in der Klinik verhindert sei, sich Klarheit zu verschaffen. Sie wisse nur bestimmt, daß man ihr schaden und sie beseitigen wolle, und zwar, weil sie die große Erbschaft zu erwarten habe und einen hohen Offizier heiraten solle. Auch die Verbindung, die Pat. zwischen diesen drei wahnhaften Gedankenreihen herstellt, ist locker und vielfach wechselnd. Über die Erbschaft allerdings bleiben sich ihre Angaben gleich. Dieselben setzen sich aus einigen Tatsachen und vielen Konfabulationen zusammen und erhalten durch die — bei dem Bildungstande der Pat. begreifliche — Vermengung zeitlich weit auseinanderliegender Ereignisse ein um so abenteuerlicheres Gepräge. Es sei eine Millionenerbschaft von dem verstorbenen Vizekönig von Algier, einem Verwandten ihrer Mutter. Derselbe sei bei der Pariser Bluthochzeit nicht wie die anderen Kinder umgebracht worden, sondern, da er ein sehr schönes Knäblein war, verschont worden (Vermengung von Pariser Bluthochzeit und Kindermord von Bethlehem!). Er sei dann in einer Soldatenschule erzogen worden, später Feldmarschall



und Vizekönig von Allgier geworden und im Kriege von 1870 gefallen, ohne Erben zu hinterlassen. Sie habe auch im Erlanger Tageblatt gelesen, daß 45 Millionen von Frankreich nach Deutschland gekommen seien: 15 Millionen für den Kaiser. 15 für den Prinzregenten und 15 nach Erlangen. Die letzteren seien ihr Eigentum.

In dem hohen Offizier, der öfter an ihrer Wohnung vorbeiritt und Beziehungen zu ihr anzuknüpfen suchte, will sie einen früheren hiesigen Studenten wiedererkennen, der mit ihrer Schwester ein Verhältnis hatte und nach Amerika auswandern wollte wohin er die Schwester mitzunehmen beabsichtigte. Pat. behauptet nun ohne Rücksicht auf das Mögliche, derselbe sei inzwischen wiedergekehrt und hier zu hoher militärischer Stellung gelangt. Mit der Erbschaft bringt sie ihn insofern in Verbindung, als er es gewesen sein soll, der das Geld für Deutschland und sie „herausgewirkt" habe. Sie ist geneigt, ihn zum Dank dafür zu heiraten. Im Widerspruch dazu gab sie ein andermal an, der Major wollte sie nur ihres Geldes wegen heiraten. Die ganze Figur des „Majors" — wie sie ihn meistens nennt — ist außerordentlich verschwommen, manchmal glaubt sie auch, daß er eigentlich Oberstabsarzt sei. Auf Frage nach der Uniform meint sie, es sei eine hellblaue gewesen. Meistens sei er aber in Zivil gewesen. Daß er sie zu sprechen wünschte und ihr Briefe schrieb, sind alles nur Vermutungen ohne nähere Begründung, an die sie aber nichtsdestoweniger steif und fest glaubt; den Mangel näherer Kenntnisse erklärt sie einfach damit, daß man den Major nicht zu ihr gelassen und seine Briefe unterschlagen habe. Auch hier will sie denselben öfter unter den Besuchern gesehen haben — auch durch das Schlüsselloch —, eine Unterredung mit ihm sei aber stets durch das Personal verhindert worden. Am meisten konfabulatorisch gefärbt ist folgende Erzählung: Als Pat. einmal — vor ihrer Aufnahme — von einem Besuche bei der Schwester heimging, sei ihr am katholischen Kirchplatz — sie erzählt das alles sehr bestimmt und mit vielen Einzelheiten — ein Offizier mit seiner Frau und zwei Kindern begegnet, der sie angesprochen und gefragt hätte, ob sie das Fräulein Bautner sei, dem immer der andere Offizier nachgehe.

Die Wahnvorstellungen der körperlichen Beeinträchtigung hängen vielfach mit Magenbeschwerden zusammen, an denen Pat. von Jugend auf leidet. Sie deutet dieselben so, daß man ihr Gift ins Essen tue, oder daß das Essen überhaupt schlecht sei. Die Magenbeschwerden und die damit zusammenhängenden Vergiftungsideen dauern immer nur einige Tage. Jede körperliche Unpäßlichkeit wird ebenfalls auf das schlechte Essen oder auf Vergiftung zurückgeführt. Als ich sie zu einer Blutentnahme bewegt hatte, bei der ein Bluterguß unter die Haut entstand, beschuldigte sie mich, daß ich sie umbringen wollte, ihr Arm sei ja ganz schwarz geworden, er sei verbrannt und würde absterben. Als ihre Schwester starb, beschuldigte sie die Ärzte, daß sie dieselbe umgebracht hätten. Bei solchen besonderen Vorkommnissen lodert das Mißtrauen der Kranken hell auf.



Nicht alle Beeinträchtigungsvorstellungen werden mit der Erbschafts- und Heiratsidee in Verbindung gebracht. Mehr ist das der Fall hinsichtlich der Vorstellung der Freiheitsberaubung. Auch hier wechseln die näheren Angaben. Einmal sind es ihre Verwandten, die sie hier eingesperrt haben, um das Vermögen an sich zu bringen, zu andern Malen beschuldigt sie die reformierte Gemeinde, die ihr, einer Angehörigen der französisch-reformierten Gemeinde, mißgünstig sei. Gelegentlich begründet sie das auch damit, daß sie einen Katholiken heiraten wollte. Der Pfarrer von der reformierten Gemeinde sei einmal hier gewesen. Professor *Specht* sei bestochen. „Es ist eine ausgemachte Sache." Professor *Specht* habe auch gesagt, „die kleinen Mäuse fange man auch". Vor allem sei die Oberpflegerin schuld, die drei Fußfälle machte, um Pat. hereinzubringen. „Sie und der Professor wußten von dem Gelde." Kurz vor ihrer Aufnahme wurde sie in der chirurgischen Klinik behandelt und hörte dort „die Tochter des Professors" (Assistentin!) sagen: „So eine arme Person, was tut die mit dem Gelde, die tut man ins Irrenhaus" (retrospektive Erinnerungstäuschung). Auf die Unwahrscheinlichkeit ihrer Behauptungen hingewiesen, macht sie ein verschmitztes Gesicht und erklärt mit großem Selbstbewußtsein, sie sei gescheit, sie durchschaue alles, ihr könne man nichts vormachen, wie sie überhaupt ihre geistigen Fähigkeiten und ihre Tüchtigkeit rühmt, sehr eitel und leicht geschmeichelt ist. Eine besondere Freude bereiten ihr klinische Demonstrationen. Ein erotischer Zug ist in ihrem Verhalten den Ärzten gegenüber nicht zu verkennen. Sie ist sehr empfindlich, leicht beleidigt, gerät mit den Pflegerinnen und anderen Kranken über kleinliche Anlässe in Streit, gebraucht im Zorn die gemeinsten Schimpfreden und bringt die boshaftesten Verdächtigungen vor. Nach Streitigkeiten schmollt sie oft tagelang und läßt sich höchstens durch eine ausgesuchte Schmeichelei, z. B. wenn man sie mit Frau Major anredet, aus ihrem Schmollwinkel herausziehen. Daß sie ihre Größenideen mit lebhaftestem Selbstbewußtsein begleitet, und daß ihre Beeinträchtigungsvorstellungen mit starkem Mißtrauen bzw. mit Zorn und Empörung verknüpft sind, unterliegt keiner Frage. Im Gespräch kann sie auch ganz heiter sein. Sie macht sich lustig über die Wahnvorstellungen anderer Kranken, für die sie eine tadellose Kritik hat. Für ihre Lebenserinnerungen und frühere Bekannte hat sie ein reges Interesse bewahrt.

Sinnestäuschungen ließen sich nie mit Bestimmtheit nachweisen. Neben Erinnerungstäuschungen und Beziehungsvorstellungen im Sinne des Mißtrauens und der Selbstüberschätzung spielt bei ihr noch eine Erscheinung, die eigentlich kein Krankheitszeichen ist, eine große Rolle: der Glaube an Träume, der mit dem der Pat. schon früher eigenen Aberglauben zusammenhängt. Sie glaubt an Kartenschlägerinnen; schon ihrem Vater hätten die Zigeuner die Zukunft geweissagt. Ihre Träume gehen immer in Erfüllung. So behauptete sie z. B. einmal, als ich sie klinisch vor-



stellte, daß sie das schon in der Nacht geträumt habe. Oft begnügt sie sich allerdings mit den oberflächlichsten Beziehungen zwischen einem Traum und einem später eintretenden Ereignis. Einmal verbot ihr die Pflegerin, das Handtuch einer Pat. II. Klasse zu nehmen. Das hatte ihr in der Nacht vorher schon geträumt; sie hatte nämlich geträumt, sie sollte keine Manschetten nehmen. Es ist daher erklärlich, daß sie in ihren Träumen fortwährend Bestätigungen ihrer Wünsche und Wahnvorstellungen findet. Auch der Major ist ihr schon oft im Traume erschienen. Wenn sie irgendeine ganz kühne Behauptung aufstellt, für die sie gar keine Begründung vorbringen kann, so sagt sie, es habe ihr eben geträumt.

Äußeres Verhalten, von den Affektausbrüchen abgesehen, geordnet. Sie sorgt für Wäsche und Kleidung, hält es aber im übrigen für unter ihrer Würde etwas „für die Klinik“ zu arbeiten. Solche Zumutungen beantwortet sie regelmäßig nur mit dem Verlangen nach Entlassung. Der Unterhaltung ist sie stets zugänglich, sie schließt sich nicht ab, verkehrt besonders mit einer ebenfalls paranoischen Kranken (Frl. Jourdan, Fall 3), der sie die Idee mit der Scherzer auszureden sucht.

Die Merkfähigkeit ist für Farben und geometrische Figuren, Bilder und Erzählungen gut, ebenso bei der Aufgabe einer vierstelligen Zahl. Bei der *Ziehen*schen Merkprüfung mit Zahlen versagt Pat. Da diese Methode an die Aufmerksamkeit höhere Anforderungen stellt und Pat. sonst eine gute Merkfähigkeit hat, möchte ich keine Störung der Merkfähigkeit aus dem Ausfall der *Ziehen*schen Probe ableiten. Bemerkenswert ist, daß Pat. bei sonst guter Urteilsfähigkeit auch schlecht rechnet. Sie scheint zu den Personen mit schlechter Zahlenbegabung zu gehören. Die Erinnerungen an den persönlichen Lebensgang sind ungestört. Die weiteren Kenntnisse sind gut, soweit es sich um Dinge handelt, die die Interessen der Pat. berühren. Darüber hinaus sind die Kenntnisse dürftig. Der Kaiser heiße Friedrich, Bismarck war ein General, die Rednitz fließt in den Rhein. Ich wies schon darauf hin, daß dies mangelhafte Wissen bei der Beurteilung ihrer zum Teil abenteuerlichen Wahnvorstellungen zu berücksichtigen ist. Begriffsunterschiede werden richtig angegeben, abstrakte Begriffe richtig definiert und mit Beispielen belegt. Die Auffassung und Beurteilung bildlicher Darstellungen von kleinen Begebenheiten und Erzählungen ist gut. Ein Lückentext wird richtig ergänzt. Sehr gewandt bildet Pat. Sätze zu einzelnen Worten (*Masselon*). Im Ablauf der Denkvorgänge zeigt sich bei besonderer Prüfung ebenso wie in der freien Unterhaltung die Geschwätzigkeit und Weitschweifigkeit der Pat. In einer an Ideenflucht erinnernden Weise knüpft sie oft an die Beantwortung der Fragen persönliche Erinnerungen und Einfälle an. Besonders in der Erzählung ihrer wahnhaften Erlebnisse und Wünsche wird sie sehr gesprächig, ausführlich und umständlich. Wenn auch die spontane Gedankentätigkeit der Kranken sich vorwiegend um ihre wahn-



haften Vorstellungen bewegt, besteht doch keine starre Einförmigkeit. Wie schon gesagt, wechseln die Einzelheiten der Wahngebilde öfter. Bei der *Bourdon*schen Probe 3:44 Auslassungen: es fällt der Pat. hier wie auch beim Merken von Zahlen schwer, die Aufmerksamkeit längere Zeit auf einer Vorstellung ruhen zu lassen. Bei der Aufzählung von Vorstellungen bestimmter Art (soll z. B. Vögel oder Bäume nennen) ist sie auffällig unproduktiv. Die Verbindung von ideenflüchtiger Mehrleistung und verminderter Produktivität — soweit es sich um ein Denken nach gestellten Aufgaben handelt — tritt in der Assoziationsprüfung schön zutage. Obwohl Pat. vielfach in wortreicher Weise reagiert und an die Reaktionen allerhand Bemerkungen in ideenflüchtiger Weise anknüpft, sind die Reaktionen selbst unproduktiv. In keinem einzigen Falle stellt die Reaktion einen Gedankenfortschritt gegenüber dem Reizworte dar, das vielmehr in der Reaktion nur wiederholt, umschrieben, durch Eigenschaften oder Bestandteile näher bestimmt wird (verharrende Reaktionen). In der Art der Reaktion macht sich gegen Ende der Prüfung die Dürftigkeit der Einfälle noch mehr geltend, während gleichzeitig ausgesprochene Perseveration auftritt: in der zweiten Hälfte der Assoziationen wird 21 mal unter 25 Reaktionen in der Denkform „da gibt es verschiedene, unterschiedlich, allerhand, bzw. große und kleine" reagiert.

Körperlich war Pat. anfangs sehr fettreich, im letzten Jahre hat sie um 3½ kg abgenommen. Das Haar ist leicht ergraut. Rechtsseitiger unterer Rippenbuckel. Leichte Struma, sehr erregbare Hautgefäße. Herztätigkeit schwach, ohne äußere Veranlassung tageweise kleiner und unregelmäßiger Puls. Herzdämpfung leicht nach rechts vergrößert, Spitzenstoß außerhalb der Mamillarlinie, leises systolisches Geräusch an der Herzspitze. Blutdruck etwas erhöht, 150 bis 160. Urin frei, Radialarterien nur wenig geschlängelt und verhärtet. Zeitweise Klagen über Magenbeschwerden: Schmerz und Völlegefühl nach der Nahrungsaufnahme, Übelkeit, Erbrechen, Druckempfindlichkeit der Magengegend, in der nichts Krankhaftes zu tasten ist.

7. Mayer, Marie, geb. Hüffner, Kaufmannswitwe aus Nürnberg, geboren 8. März 1855.

Der Vater der Pat. hat Selbstmord begangen. Pat. war schon „als junges Ding", wie eine Bekannte ihrer Eltern mir erzählte, ein äußerst selbstbewußtes, energisches Geschöpf. Wo sie glaubte, im Recht zu sein, gab sie nie nach und setzte ihren Kopf um jeden Preis durch. „Sie hatte eine Kurage und ein Mundwerk", das bei der kleinen Person um so mehr in Erstaunen versetzte. In der Schule lernte sie ausgezeichnet und war besonders eine vorzügliche Rechnerin. Eine für den Charakter der M. bezeichnende Episode ist folgende. Sie war mit 16 Jahren bei den Eltern der genannten Dame in Stellung und hatte einmal ein Paket in das Geschäft ihrer Dienstherrschaft zu bringen. Am folgenden Tage fand sich das Paket im Geschäft nicht, und die Angestellten behaupteten, es sei nicht



abgegeben worden. Die kleine Hüffner wurde zur Rede gestellt, ließ sich aber nicht einschüchtern, sondern verlangte, daß ihr sämtliche Angestellte des Geschäfts vorgeführt würden. Sie bezeichnete dann sofort den Laufburschen, dem sie das Paket abgegeben hätte; und richtig fand sich das Paket, welches der Laufbursche verlegt hatte. Mit 33 Jahren heiratete Pat. den Inhaber eines gut gehenden Engrosgeschäftes in Kurz-, Spiel- und Messingwaren, der bei der Mutter der Pat. als Zimmerherr gewohnt hatte. Sie war ihrem Mann eine vortreffliche Helferin im Geschäft, besonders durch ihr großes Rechentalent. Allerdings brachte sie ihren Mann auch in Schwierigkeiten, da sie den Angestellten stets mißtraute und sehr reizbar und streitbar war. Dasselbe Mißtrauen zeigte sie auch gegenüber ihren häuslichen Dienstboten. Sie erzählt selbst, daß sie öfter Geld liegen ließ, um die Dienstboten auf ihre Ehrlichkeit zu prüfen. Ihr Mann soll öfter gesagt haben, daß mit seiner Frau nicht gut Kirschen essen sei. In der Verwandtschaft des Mannes war sie wenig beliebt, was sich zum Teil allerdings auch daraus erklärt, daß Pat., die aus niederem Stande war, in der wohlhabenden Familie als Eindringling angesehen wurde.

Ihr Mann beging 1893, im 38. Lebensjahre der Pat., Selbstmord. Er hatte nach Angabe der Pat. an Gehirnerweichung gelitten. Im folgenden Jahre verlor Pat. die Menstruation (schon mit 39 Jahren!). Während der Krankheit des Mannes war das Geschäft etwas zurückgegangen. Frau M. führte es zunächst weiter, obwohl sie mit den kaufmännischen Dingen nicht genügend vertraut war. Ihr Mißtrauen gegen die Angestellten wuchs nun bald. Sie glaubte, wenn geschäftliche Mißerfolge eintraten, immer, daß ihre Angestellten daran schuld seien, und daß man sie hintergehe. Als sie nach einigen Jahren das Geschäft dennoch aufgab, behauptete sie, bei der Übergabe des Geschäfts benachteiligt worden zu sein. Man habe die Bilanz zu ihren Ungunsten gefälscht, habe ihre Briefschaften durchgestöbert und die noch von ihrem Manne aufgestellten Bilanzen weggenommen, damit die Geschäftsnachfolger sich ihren Raub sichern könnten. Mit ihrem Schwager, dem Vormunde ihrer Tochter, geriet sie ebenfalls in Streit. Sie soll auch danach gestrebt haben, diesen Schwager zu heiraten. Als derselbe die Vormundschaft über Frau M.s Tochter niederlegte, soll er vor Gericht angegeben haben, er hätte keine Lust, als Frau M.s zweiter Mann sich zu erschießen, nachdem der erste Mann sich erhängt hätte. Seit der Aufgabe ihres Geschäfts war Pat. unablässig bemüht, die erlittenen Vermögensverluste wieder einzubringen. Sie spekulierte — zunächst glücklich — mit Hilfe eines Bankiers Schwandner in Nürnberg, dem sie einen großen Teil ihres Vermögens anvertraute. Aber 1902 ging dieser Bankier nach großen Unterschlagungen durch, und die ihm anvertrauten Gelder — nach Frau M.s Angabe 26 000 M. — waren verloren. Das Restvermögen reichte nicht einmal zu einem bescheidenen Leben. Frau M. ließ sich dadurch aber nicht niederdrücken, sondern nahm eine größere

Wohnung, vermietete Zimmer und verschaffte sich durch Flechten von Rohrstühlen noch einen Nebenverdienst. Wie von Jugend auf, war sie immer tätig und sehr sparsam. Ihr Mißtrauen nahm von Jahr zu Jahr zu. Die Tochter merkte schon in ihrem 12. Lebensjahre, d. h. 1899, daß es mit der Mutter nicht in Ordnung sein könnte. Diese behauptete alle paar Monate, daß ihr Holz und Kohlen weggenommen würden, daß man ihre Kommode durchwühlt hätte, daß ihr Geld entwendet worden sei, usw. Die Tochter führt das darauf zurück, daß die Mutter immer etwas fahrig und aufgeregt war und sehr oft nicht wußte, wo sie etwas hingelegt hatte. Sobald sie aber etwas vermißte, beschuldigte sie den nächsten Besten, sie bestohlen zu haben. Besonders richtete sich ihr Mißtrauen gegen ihre Zimmerherren. Einmal hatte sie den Sohn eines Rittergutsbesitzers bei sich wohnen, der angeblich sehr reich war und viel Geld auf Redouten ausgab. Diesen zeigte sie einmal bei der Polizei an und beschuldigte ihn, ihr 420 M. gestohlen zu haben. Ebenso beargwöhnte Frau M. ihre Hausgenossen, mit denen sie infolgedessen sehr oft in Streit kam. Sie ist seit dem Tode ihres Mannes nicht weniger als 12 mal umgezogen. Frau M. war nach Angabe ihrer Tochter außerordentlich lebhaft und trotz ihres Mißtrauens und ihrer Schreckhaftigkeit eigentlich fidel. Von sich selbst war sie sehr eingenommen, ihre Meinung war unantastbar, bei Widerspruch brauste sie leicht auf. In ihrer Gedankentätigket hatte sie etwas Unruhiges, sie blieb nicht bei einer Sache, und ihre Sparsamkeit im kleinen half ihr wenig, weil sie nicht mit Vorbedacht alles einteilen konnte. Beim Erzählen schweifte sie oft ab, sich in alle möglichen Nebeneinfälle verlierend.

Im Jahre 1900 (45. Lebensjahr der Pat.) erhielt Pat. Besuch von einem Missionar namens Hüffner, der sich als entfernter Verwandter vorstellte und Material für einen Stammbaum der Familie Hüffner suchte. Durch die Fragen und Erzählungen des Missionars erfuhr Pat., daß die sehr weit verzweigte Familie Hüffner in Deutschland und im Auslande Glieder von zum Teil erheblichem Vermögen hätte, und sie trat bald nach dem Besuch des Missionars mit dem Gedanken hervor, daß der Missionar wohl nicht nur Stammbaumforschungen anstelle, sondern darauf ausgehe, sich sein Erbteil an dem großen Vermögen der Familie Hüffner zu sichern. Selbst immer bemüht, die Verluste, die sie zuerst bei der Aufgabe des Geschäftes und dann beim Bankerott des Bankhauses Schwandner gehabt hatte, wieder einzubringen, begann sie selbst Stammbaumforschungen anzustellen, in der Hoffnung, einen Erbanspruch an die Hinterlassenschaft irgendeines ihrer entfernten reichen Verwandten herauszubringen. Sie durchforschte die Archive auf dem Nürnberger Rathause, schrieb an die verschiedensten Städte im In- und Auslande, wo sie Mitglieder der Familie Hüffner ansässig wußte. Nachdem sie bemerkt hatte, daß in alten Urkunden der Name Hüffner bald mit einem, bald mit zwei f geschrieben war, ja daß der Name Hüffner sich bei einzelnen Zweigen in Küffner

verwandelt hatte, dehnte sie ihre Forschungen auch auf Familien mit dieser abweichenden Schreibweise aus und verspann sich im Lauf der Jahre in ein für sie selbst nicht mehr zu entwirrendes Netz von wirklichen und vermeintlichen Verwandtschaftsbeziehungen und Erbansprüchen.

Seit 1907 (52. Lebensjahr der Pat.) hat sich der Zustand verschlimmert. Da nun ihre Tochter heranwuchs, fürchtete Pat. besonders für die Unschuld ihrer Tochter. Sie verdächtigte wieder in erster Linie ihre Zimmerherren, daß diese es auf ihre Tochter und auf das große Vermögen abgesehen hätten, das der Tochter einmal zufallen würde. Ganz besonders hatte sie es auf einen Herrn v. S. abgesehen, der 1907 bis 1908 bei Pat. wohnte, und der ihr als Adeliger und Norddeutscher einen besonderen Eindruck gemacht zu haben scheint. Dieser Herr, der in Wirklichkeit sehr anständig war und die krankhafte Natur seiner Wirtin wohl erkannte und nur aus Mitleid bei ihr wohnen blieb, ist nach Frau M.s Angaben ein wahrer Ausbund aller Schlechtigkeiten gewesen. Er habe sich so und so oft verschworen, die Tochter der Frau M. herumzubringen. Dazu brauche er die Nacht nicht, das könne er jederzeit am Tage. Einmal sah Pat. an der Brust ihrer Tochter 5 schwarze Flecken und erblickte darin den Beweis, daß Herr v. S. ihre Tochter zu vergewaltigen versucht hätte. Als sie einmal in ihren Erbschaftsangelegenheiten nach Würzburg gefahren war, kehrte sie von dort plötzlich zurück, weil sie in der Nacht ihre Tochter hatte schreien hören und wähnte, daß Herr v. S. dieselbe überfallen hätte. Bei einem Maskenfest beobachtete sie, daß Herr v. S. ihre Tochter hypnotisierte. Wiederholt findet sich in dem Tagebuch, das Frau M. in den letzten Jahren geführt hat, die Notiz, daß Frau M. lieber ihre Tochter und sich selbst erschießen werde, als ihr Kind einem solchen Wüstling und Hochstapler zu überliefern. Aber nicht nur ihre Tochter, sondern auch sich selbst glaubte Pat. von dem Herrn v. S. verfolgt. Um diese Zeit traten mehr hypochondrische Beeinträchtigungsideen und Illusionen auf. Schon 1905 hatte sie einmal behauptet, daß die ihr feindlichen Nachbarn, die sie wegen Holzdiebstahls angezeigt hatte, ihr zur Rache ein seltsames Tier („Krikotoll") nachts ins Zimmer und ins Bett ließen. Der Herr v. S. aber tat ihr saures Fixiersalz in die Speisen, so daß sie oft erbrechen mußte und mehrmals den Kaffee, die Suppe, einmal auch eine Schüssel Kartoffelsalat wegen des verdächtigen Geschmackes wegschüttete. Herr v. S. räucherte sie mit allerhand Gift aus. Wenn sie von einem Spaziergang mit ihrer Tochter heimkam, roch die ganze Wohnung nach Chloroform. Sie stellte fest, daß Chloroform auf die Bettdecke geschüttet war. „Aus einer Pfeife aus Indien, einer Opiumpfeife, rauchte er zu meinen windschiefen Türen bei Nacht Opiumdämpfe hinein, die mit Schwefel und Phosphor vermischt waren. Einige Male hatte ich die Ehre, Scheidewasser einzuatmen. Einmal hatten ganz dichte Wolken auf meinem Bett im Finstern geleuchtet." (Eintrag ins Tagebuch). Sobald sie sich ins Bett legte, bekam sie keine Luft mehr von den Schwefeldämpfen, die Herr v. S.



ins Zimmer gelassen hatte. Offenbar machte sich damals das Emphysem der Pat. zuerst bemerkbar. Zu andern Malen waren es elektrische Ströme, die ihr Widersacher durchs Bett gehen ließ. Schlangen wurden ihr in die Wohnung und ins Bett gebracht. Wenn sie sich zu Bett legte, sträubten sich ihre Haare, weil ein elektrischer Kontakt am Kopfende angebracht war; auch am Rücken und am Fußende mußte ein Kontakt sein, weil sie manchmal die Füße nicht bewegen konnte. v. S. erbrach ihre Türen, ruinierte die Schlösser, stahl ihr die Beweise ihrer Erbschaftsansprüche. Er erklärte, daß er sie verrückt machen und ins Irrenhaus bringen werde. Mehrmals sah Frau M. einen „unheimlichen Menschen" aus dem Erdgeschoß ihres Hauses herauskommen, der sie auf verschiedenen Ausgängen verfolgte. Nach ihren Notizen tauchte dieser unheimliche Mensch am 2. Oktober 1908, als Pat. spät abends heimkam, unter dem Briefkasten an ihrem Hause auf. Tödlich erschrocken rannte Frau M. davon. Als sie sich umsah, kam ihr Verfolger im Laufschritt auf sie zu; sie rannte weiter, plötzlich erhielt sie einen Schuß auf das linke Schulterblatt, so daß sie fast zusammensank. Sie machte einen Sprung zur Seite und blickte zurück. „Da stand er und steckte die Pistole in die rechte Jakettasche unter einem Radmantel. Bemerke, daß mit rauchlosem Pulver geschossen wurde, was keinen Knall gab, und daß ich deutlich die Kugel mit einem dumpfen Ton auf die Steine fallen hörte." Zuletzt beschuldigte sie auch einen Amtsrichter, mit dem sie in Erbschaftsangelegenheiten verhandelt hatte. Nach ihren Notizen sah sie denselben am 29. Oktober 1911 morgens vier Uhr auf der andern Seite der Straße wie einen Mondsüchtigen gehen, er hatte an dem Schienbein eine gewölbte Erhöhung, als ob da eine Maschine befestigt wäre. Am Morgen des folgenden Tages manipulierte er sogar an ihrer Zimmertür. Es knirschte sehr unheimlich, als er mit einem Diamant einen Schnitt in das Fenster der Flurtüre machte. Da sprang Pat. aus dem Bett und schimpfte den Amtsrichter: „Du bist erkannt, ich habe dich gestern beobachtet, geh heim und leg dich in dein Bett und quäle mich nicht so; ihr Gesellschaft, euch werd' ich das Handwerk schon legen" usf. Die nächste Nacht kam wieder einer mit einer langen Stange, wie die Kanalräumer welche haben; an der war ein Stahldrahtbesen befestigt und dieser in ein weißes Tuch oder Papier gebunden. Der Mensch sperrte ihre Haustür auf und ging hinein. „Vom Schlafen ist keine Rede, wenn diese Teufel an der Arbeit sind." Hier sind zweifellos auch sexuelle Regungen im Spiel. Auch nachdem v. S. längst von ihr weggezogen war, bezog Pat. die vielen Belästigungen, denen sie ständig und in steigendem Maße ausgesetzt war, mit Vorliebe auf diesen Herrn, der nach ihrer Ansicht zahlreiche Helfershelfer hatte und die Hoffnung auf die Erbschaft ihrer Tochter nicht aufgab.

Gleichzeitig mit dieser Verschlimmerung nahmen auch die größenwahnsinnigen Erbansprüche immer bedeutenderen Umfang an. Pat. beschäftigte sich fast nur mehr mit ihrer nach allen Himmelsrichtungen



ausgedehnten Korrespondenz, sie schrieb nach Indien, Brasilien, Ägypten, Australien, und jede Antwort aus fernen Ländern, die ihr ja jedesmal eine Hoffnung zerstörte, brachte sie auf einen neuen Gedanken. Wenn es z. B. in einem Briefe hieß: „Herr X., nach dem Sie fragen, ist unauffindbar, aber ein Vetter von ihm wohnt dort und dort", so schrieb sie flugs dorthin. Hauptsächlich hofft sie, von zwei Seiten zu erben. Erstens von den Astors und Morgans, weil die Astors aus der Gegend von Pforzheim stammen sollen und dort entfernte Verwandte namens Hüfner hätten. Die Morgans seien wieder mit den Astors verwandt. Zweitens von einem Vetter ihres Vaters, der Offizier in der indischen Armee war und nach seiner Pensionierung in Aschaffenburg lebte. Dieser Vatersvetter war katholisch, während die Pat. aus der protestantischen Linie der Hüffners stammt. Schon ihr Vater sei um diese Erbschaft betrogen worden. Die katholische Geistlichkeit habe nun das Testament des Vetters gefälscht und es fertiggebracht, daß ein Sohn dieses Offiziers für verrückt erklärt und in eine Irrenanstalt geschafft wurde, und daß eine Tochter dieses reichen Mannes ins Kloster ging. Ihr selbst wurde durch das erzbischöfliche Ordinariat in Würzburg die Einsicht in die betreffenden Akten verweigert. In all diesen phantastischen Behauptungen sind eine Reihe tatsächlicher Vorkommnisse enthalten, die Pat. bei ihren Aktenstudien sowie bei brieflichen und persönlichen Nachforschungen erfahren hat. So mag es z. B. auch richtig sein, daß die Astors in New-York aus der Gegend von Pforzheim stammten, wo auch Hüffners ansässig sind. Aber diese und andere Tatsachen werden in phantastischer Weise je nach den Wünschen der Kranken miteinander verknüpft. Mit der Zunahme der Wahnbildung wurde Pat. immer aufgeregter. Sie geriet beim geringsten Widerspruch in heftigen Zorn, überwarf sich z. B. auch mit ihrer alten Freundin, so daß diese Dame einmal fürchtete, Pat. würde sich an ihr tätlich vergreifen. Ihr Wesen wurde immer ruheloser, sie reiste in ihren Erbschaftsangelegenheiten von Ort zu Ort und verwendete namhafte Beträge ihres sowieso zusammengeschmolzenen Vermögens auf ihre Unternehmungen, so daß ihre Tochter schließlich die Kranke mit List in die psychiatrische Abteilung des Nürnberger Krankenhauses brachte, wo Pat. ein Zeugnis über ihre geistige Gesundheit zu erhalten hoffte. Von dort kam Pat. am 16. Dezember 1911, von der Polizei als gemeingefährliche Geisteskranke eingewiesen, in die Klinik.

Hier hält Pat. unverbrüchlich an ihren Wahnvorstellungen fest, bei deren Besprechung sie jedesmal in starken Affekt gerät. Bei der ersten Unterhaltung nach ihrer Aufnahme gebärdete sie sich ganz verzweifelt über das namenlose Unrecht und Ungemach, das ihr zugefügt worden sei. Mit ebensoviel Leidenschaftlichkeit vertrat sie ihre Erbansprüche, die nun schon in die Millionen gehen. Ihre Beeinträchtigungsvorstellungen richten sich vornehmlich gegen den Herrn v. S., und auch die meisten neuen Beziehungsideen, die Pat. hier angeknüpft hat, werden mit dem Herrn

v. S. in Verbindung gebracht. Der Assistent im Nürnberger Krankenhause, der einmal zu ihr gesagt haben soll: „Frau Mayer, wenn Sie auf Ihre Erbschaft verzichten, bekommen Sie von mir ein schönes Zeugnis, das Ihre geistige Gesundheit bestätigt", steckt mit Herrn v. S. unter einer Decke. Man wollte ja, wie aus den Worten des Arztes deutlich hervorgehe, von ihr den Verzicht auf die Erbschaft erpressen, indem man ihr mit der Irrenanstalt drohte. Ich selbst bin ihr wegen meines „norddeutschen Wesens" sehr verdächtig. Ich war ja, wie sie gehört hat, früher an einer norddeutschen Universität. Flugs macht sie daraus Berlin, woher Herr v. S. stamme, und nun ist es sicher, daß ich schon in Berlin den Herrn v. S. kennen gelernt habe und hier im Auftrage desselben gegen die Entlassung der Pat. arbeite, soweit ich nicht Schlimmeres gegen sie im Schilde führe. Die Gerichte enthalten ihr ihre Erbschaft vor, sie unterschlagen die Mitteilungen, die ihr sonst schon längst über das Ableben und die Hinterlassenschaft von fernen Verwandten zugegangen sein müßten. Äußerungen des Unwillens seitens dieses oder jenes Gerichtsbeamten werden zum Beweise dafür aufgeführt, während doch solche Äußerungen sehr verständlich sind, wenn man weiß, daß Frau M. durch ihre ewigen Nachforschungen in allen Archiven und Gerichten die Geduld der betreffenden Beamten auf die schärfste Probe gestellt hat. Alle ihr mißgünstigen Richter sind Freunde des Herrn v. S. Natürlich auch der Amtsrichter, der ihre Entmündigung ausgesprochen hat. Derselbe habe ihr sogar seine Bekanntschaft mit Herrn v. S. zugegeben. Gegen die Aufstellung des früheren Vormundes ihrer Tochter als Vormund für sie selbst protestierte Pat. mit der Begründung, daß dieser Herr ihr schon immer feind gewesen sei und dem Herrn v. S. in die Hände gearbeitet habe. Sie ergeht sich in dunkeln Andeutungen, daß sie hier den Sündenbock für andere machen müsse, die sie vorläufig nicht nennen wolle, und die erkannt und bekannt seien. Auch hier wird ihr Gift in den Kaffee getan, sie kann manchmal nicht atmen, weil man auch hier giftige Dämpfe ins Zimmer läßt. Sie ist schon durch das fortwährende Ausräuchern ganz schweratmig geworden — so deutet sie die Beschwerden seitens ihres Emphysems. Sie mißdeutet die besondere Kost, die man ihr längere Zeit wegen ihrer chronischen Nephritis gegeben hat: man wollte sie verhungern lassen. Eine epileptische Kranke sei deshalb in ihr Zimmer gelegt worden, damit sie durch dieselbe umgebracht werde. Ihr Mißtrauen zeigt sich bei unzähligen kleinen Anlässen des täglichen Lebens. Dabei weist ihr Verhalten doch erhebliche Verschiedenheiten auf. Sie kann wochenlang verhältnismäßig ruhig und verträglich sein, um dann plötzlich für einige Tage oder Wochen in große Erregung zu geraten, in der ihr Mißtrauen und ihre mißtrauischen Mißdeutungen aller möglichen Vorgänge die üppigsten Blüten treiben. Diese Verschlimmerungen schließen sich regelmäßig an äußere Vorkommnisse an. Zuerst war es ihre Aufnahme ins Krankenhaus und die Verbringung hierher, dann die Ablehnung ihrer Beschwerde hiergegen

seitens der Kreisregierung. Bei dieser Gelegenheit behauptete sie, daß ihr ein gefälschtes Schreiben vorgelegt worden sei, weil nämlich die ihr ausgehändigte Abschrift der betreffenden Regierungsentschließung nicht den ganzen Vordruck trug, der sich auf den Originalschreiben der Regierung befindet. Herrn Professor *Specht* warf sie damals vor, daß er ihr in böswilliger Absicht den „schönen Rat" mit der Beschwerde gegeben hätte, um sie nur noch sicherer hier festzuhalten. Kleinere, ihre pathologische Verfassung aufwühlende Erlebnisse sind: das Ausbleiben eines zu einem bestimmten Tage erwarteten Briefes, eines Besuches der Tochter u. ä. In der Erregung wird sie patzig, ausfällig, verfällt in Dialekt und scheut auch gewöhnliche Ausdrücke nicht. Ihr Rechtsanwalt, auf dessen Hilfe sie zuerst felsenfest gebaut hatte, wird sofort das Opfer ihres Zorns, als er schließlich in der Erkenntnis von Frau M.s krankhafter Verfassung sein Mandat niederlegte.

Neben dem Mißtrauen und dem Beeinträchtigungswahn wirken in der Kranken dauernd ein außerordentlich gehobenes Selbstgefühl und die wahnhaften Erbschaftsansprüche fort. Ihre Stimmungslage ist bei allem Mißtrauen vielfach heiter, sie geht oft auf einen Scherz ein, macht selbst ganz treffende Witze, spricht in ironischer Weise von dem Narrenkasten, in den man sie hier gesperrt habe. In einer Eingabe an die Kreisregierung äußert sie die Hoffnung, bald ihre Befreiung daheim bei einer Tasse guten Kaffees feiern zu können. Die Zweifel an ihren Ansprüchen beantwortet sie nicht immer mit Zorn, sondern oft auch mit Spott und mit den Äußerungen einer unverwüstlich-fröhlichen Zuversicht. Wie sie im Sinne des Mißtrauens zufällige Begebenheiten mißdeutet, so auch im Sinne dieses Optimismus. Der Herr Bezirksarzt H. in Nürnberg — den sie deshalb als einen „trefflichen Beamten" bezeichnet — habe ihr direkt zugegeben, daß es mit ihrer Erbschaft seine Richtigkeit habe. Indem der Nürnberger Assistenzarzt von ihr den Verzicht auf ihre Erbschaft verlangte, habe er selbst bestätigt, daß diese zu Recht bestehe und ihr nur durch allerlei Machenschaften vorenthalten werde. Pat. durchstöbert fortwährend Zeitungen und illustrierte Schriften und findet des öfteren in denselben Angaben, die für ihre Erbschaftsangelegenheit von Wichtigkeit sind. Bei der Katastrophe der Titanic studierte sie eifrig die Listen der Umgekommenen, ob nicht einer oder der andere ihrer amerikanischen Erbonkel dabei sei. Zu unserem großen Erstaunen erklärte sie aber, daß sie von dem ertrunkenen Astor nichts zu erben hätte. Mit ihrer Korrespondenz nach allen Weltgegenden ist sie, soweit es möglich ist, immer noch beschäftigt: sie gibt ihrer Tochter entsprechende Aufträge und sucht immer wieder Briefe aus der Klinik zu schmuggeln. Ebenso kämpft sie unausgesetzt um ihre Entlassung und macht Eingaben über Eingaben an alle zuständigen Stellen.

In ihrem äußeren Verhalten ist Pat. — von den Affektausbrüchen abgesehen — geordnet, von gewandtem Benehmen. Mimik und Gestik

sind sehr lebhaft. Pat. spricht viel und mit bemerkenswerter Gewandtheit, wie auch ihre Briefe und Schriftstücke verraten. Die Kranke ist immer tätig; soweit sie nicht mit ihrem Zimmer und ihrer Garderobe beschäftigt ist, fertigt sie kunstvolle Handarbeiten. Die Merkfähigkeit ist tadellos, das Wissen aus alter und neuer Zeit wohl erhalten und über dem Durchschnitt. Mit größtem Interesse verfolgt sie das Leben ihrer Tochter, die kürzlich geheiratet hat. Daß ihr Denken sich hauptsächlich um ihre überwertigen Vorstellungsgruppen bewegt, geht aus dem Gesagten schon hervor. Es besteht trotz einer gleich zu schildernden, leicht ideenflüchtigen Lebhaftigkeit der Denkvorgänge doch eine gewisse Einförmigkeit des Denkens. Auch fällt es der Pat. manchmal schwer, eine Denkaufgabe genügend lange festzuhalten und die derselben entsprechenden Vorstellungen hervorzurufen. Bei der *Bourdon*schen Probe läßt sie 6 unter 44 Unterstreichungen aus. Bei der Aufgabe, einige Vögel zu nennen, bringt sie mit erstaunlicher Mühe langsam Nachtigall, Eule, Kanarienvogel und Papagei zusammen, während sie allerdings an jeden Vogel eine kleine Erzählung anknüpft. Pat. soll den Unterschied zwischen Fluß und See angeben: „Der Fluß ist vom Berg entsprungen, macht sich selbst seinen Weg durch Feld und Wald. Der See, das sind einige Kubikmeter Wasser in einem Becken, von Lebewesen bevölkert, schiffbar oder nicht. (Wird darauf hingewiesen, daß sie den Unterschied angeben soll.) Der Fluß fließt durch den See hindurch, und der See ist ein Becken, da bauen sich die Menschen herum an, bauen Villen usf." Erst nach nochmaligem Hinweis auf die Aufgabe richtige Angabe. Man sieht hier, wie die Denkaufgabe, die an sich gelöst werden kann, durch die ideenflüchtig aufschießenden Nebenvorstellungen in den Hintergrund gedrängt und die Lösung dadurch erschwert wird. Dementsprechend bildet Frau M. aus den Worten Vogel und Luft folgenden Satz: „Der Mensch tut sich so leicht, daß er ist wie der Vogel in der Luft." Meistens wird allerdings die Aufgabe richtig gelöst und nur mit allerhand ideenflüchtigen Zutaten verziert, z. B. Satz bilden aus Sonne, Fenster, Stube: „Die Sonne scheint durchs Fenster und erhellt die ganze Stube und verschönt die ganze Stube und alle Bazillen werden kaput — stets ist eine Wohnung am gesündesten auf der Sonnenseite." Die Assoziationsprüfung liefert zahlreiche derartige Ergebnisse. Sie zeigt auch wieder, daß der Ideenflucht durchaus keine fortschreitende Gedankentätigkeit entspricht: fortschreitende Assoziationen finden sich nur 4 mal, 5 Reaktionen sind sprachliche Reihen, während die große Mehrzahl der Reaktionen (41) solche sind, in denen die Vorstellung des Reizwortes wiederkehrt, definiert oder durch Eigenschaften näher bestimmt wird.

Körperlich ist die jetzt 57 jährige Pat. eine kleine Frau mit reichlichem Fettpolster. Sie will früher sehr schlank gewesen sein und erst seit Ausbleiben der Menstruation so fett geworden sein. Das Haar ist ergraut; rachitische Verdickungen an den Epiphysen der Vorderarm- und



Unterschenkelknochen, Kyphose der Brustwirbelsäule, kurze Extremitäten und Finger. Pflaumengroße Vergrößerung des Mittellappens der Schilddrüse, Exophthalmus, leicht beschleunigter, wenig kräftiger Puls (84). Lebhaft erregbare Hautgefäße. Kein Zittern. Lungenemphysem, Schrumpfniere. (¼ pro Mille Eiweiß.) Keine Verhärtung der fühlbaren Schlagadern.

Die Tochter der Pat. ist eine kleine, zarte, der Mutter im übrigen ähnliche junge Frau, ebenfalls mit mäßiger Schilddrüsenvergrößerung, Exophthalmus, Neigung zu Herzklopfen bei Aufregungen; bei der Menstruation Empfindlichkeit des Magens gegen gewisse Speisen und Brechneigung. Psychisch nach eigener Angabe „etwas nervös", sonst heitere Natur.

8. **Hörmann**, Josefa, geborene Schiele, Zugeherin von München, geboren 15. Mai 1861.

Die Kranke ist die dritte von vier Geschwistern. Ihre älteste Schwester ist eine heitere, lebhafte Natur; seit etwa 4 Jahren herzleidend (Arteriosklerose). Die zweite Schwester war zweimal, mit 30 und 39 Jahren, melancholisch, war während der zweiten Erkrankung kurze Zeit in der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren und endete nach der Entlassung aus dieser Anstalt durch Selbstmord. Das jüngste der Geschwister, ein Bruder, ist wie die älteste Schwester ein lebhafter, heiterer Mensch. Im Gegensatze zu den körperlich kräftigen Geschwistern war die Pat. schon als Kind kränklich und lernte erst mit 4 Jahren laufen. Bis zu ihrem 8. oder 10. Lebensjahre hat sie sehr oft erbrechen müssen. In der Schule lernte sie trotz großen Fleißes schwer. Sie war immer reizbar, zum Zorn geneigt, mißtrauisch, herrisch, ernst und bigottfromm, dabei aber nie in gedrückter Stimmung, sondern im Gegenteil von ihrer Tüchtigkeit immer sehr überzeugt und immer geneigt, andere zu kritisieren und herabzusetzen. Freundschaften hatte sie so gut wie keine. Sie hielt sich immer für sich. Sie kam infolge ihrer Charaktereigenschaften leicht in Streit, wurde aber wegen ihres rastlosen Fleißes, ihrer unermüdlichen Tätigkeit, ihrer peinlichen Gewissenhaftigkeit, ihrer bis zum Geiz gehenden Sparsamkeit von allen Herrschaften, bei denen sie diente, sehr geschätzt. Andere Interessen als arbeiten, sparen und in die Kirche gehen hatte sie nicht. Bücher und Zeitungen hat sie kaum angeschaut. Sie wuchs auf dem Bauerngute des Vaters in der Nähe von Donauwörth auf, war vom 15. Jahre an als Dienstmädchen in Stellungen und kam mit ihren Herrschaften nach Würzburg und schließlich nach München. Mit 23 Jahren lernte sie ihren späteren Mann, einen Zinngießer, kennen, zu dem die sonst spröde, in geschlechtlichen Dingen sehr zurückhaltende Person eine heftige Leidenschaft faßte, und dem sie ihr Leben lang mit zäher Treue anhing, obwohl der zweifelhafte Charakter des Mannes und die eigene, unverträgliche Art der Pat. ein dauerndes Zusammenleben der beiden verhinderten. Zehn Jahre war sie mit dem Manne versprochen, sie sah ihn immer nur



auf wenige Tage, wenn er z. B. zum Oktoberfest von Nürnberg, wo er arbeitete, nach München kam. Erst auf vieles Bitten und Flehen gab der Vater, der bei dem Charakter der beiden Verlobten nichts Gutes voraussah, die Heirat zu. Pat. war bis zur Verehelichung (1893) als Köchin in München in Stellung gewesen und hatte sich schon ein kleines Vermögen zusammengespart. Sie war nur von September 1893 bis Februar 1894 mit ihrem Manne zusammen. Sie war ebenso verliebt wie eifersüchtig. Man hatte ihr vor der Ehe gesagt, daß ihr Mann in Nürnberg ein Verhältnis gehabt habe, und sie bat und beschwor nun den Mann, nach München zu ziehen. Nach Angabe des Mannes machte auch ihre Reizbarkeit, ihre Herrschsucht und ihr Geiz das Zusammenleben zur Unmöglichkeit. Der Mann ging schließlich scheinbar auf ihr Verlangen, nach München zu ziehen, ein, veranlaßte die Frau, vorauszufahren und sich nach einer Wohnung umzutun — und kam nicht nach. Er wechselte inzwischen in Nürnberg die Wohnung und blieb für seine Frau längere Zeit, auch mit polizeilicher Hilfe, nicht auffindbar. Frau H. trat dann in München wieder bei einer Dame als Köchin ein, bei der sie schon die zwei letzten Jahre vor ihrer Verheiratung gedient hatte, und blieb in dieser Stellung noch 7 Jahre. Für die Frau Doktor, bei der sie diente, ist sie nach Angabe der ältesten Schwester der Pat. eine Goldgrube gewesen. Sie arbeitete Tag und Nacht und sparte für die Herrschaft nicht weniger wie für sich. Sie feilschte auf dem Markt und in den Läden um jeden Pfennig, so daß man ihre Schattenseiten wohl in Kauf nehmen konnte. Sie kommandierte nämlich ihre Herrschaft. Jede Arbeit mußte nach ihrem Kopf eingerichtet werden. Wenn die Frau Doktor einmal ein teureres Gericht haben wollte, so widersprach die H. und verlangte von ihrer Herrschaft denselben Geiz wie von sich selbst. Bei solchen Gelegenheiten schimpfte sie, denn sie hatte immer ein loses Mundwerk, und ihre in München verheiratete Schwester mußte mehr als einmal zwischen ihr und ihrer Herrin Frieden stiften. Auch wenn jemand sie in ihrer Arbeit störte, wenn sie z. B. die Treppe wischte, und es kam zufällig jemand die Treppe hinunter, so sparte sie nicht mit spitzen und ausfälligen Redensarten. Auch mit der in München verheirateten Schwester geriet sie oft aneinander. Der Schwester ist aufgefallen, daß Pat. bei ihrer Selbstgerechtigkeit und ihren boshaften Urteilen für die Herren immer eine größere Nachsicht hatte, während sie an Frauen und Mädchen nicht so leicht ein gutes Haar ließ. Besonders aber ihrem Manne gegenüber war sie blind gegen alle Fehler und alles Böse, das sie von ihm erfuhr. Immer und immer suchte sie die Beziehungen zu ihm wieder herzustellen. Der Mann kam auch ab und zu nach München, und Pat. lebte einmal mehrere Wochen mit ihm zusammen. Es war das, nachdem sie ihre Stelle bei der Frau Doktor aufgegeben hatte. Aber nach kurzer Frist ließ der Mann sie immer wieder sitzen, zweimal sogar in andern Umständen (das eine Kind kam tot zur Welt, das andere starb ganz klein). Es scheint, daß er die Frau in schamloser Weise ausgenutzt hat. Sie gab



ihm jedesmal von ihren baren Ersparnissen und ließ ihn von ihrem Guthaben auf der Sparkasse Gelder abheben. Wenn der Mann dies Ziel erreicht hatte, verschwand er für einige Zeit und konnte sicher sein, daß ihn die Frau trotz aller Enttäuschungen immer wieder mit der gleichen Freude und Nachsicht aufnehmen würde. Alle Bemühungen der Angehörigen, sie von dieser unglücklichen Leidenschaft zu befreien, blieben fruchtlos. Sie scheint die Schlechtigkeit des Mannes wohl eingesehen zu haben, aber sie sagte wiederholt, sie könne nicht anders, der Mann habe es ihr einmal angetan, sie sei wie verzaubert und hypnotisiert durch den Mann.

Bis 1906 war Pat. in verschiedenen Stellen als Köchin, dann mietete sie sich ein Zimmer und ging nur noch stundenweise als Köchin und Zugeherin auf Arbeit. In diesen letzten Jahren, d. h. etwa seit dem 45. Lebensjahre der Pat., veränderte sich ihr Wesen allmählich nach Angabe der in München verheirateten Schwester. Ihre Herrschsucht, ihre Reizbarkeit und ihr Mißtrauen nahmen mehr und mehr zu. Sie wechselte ihre Stellen auch öfter. Wahrscheinlich ist sie mehr in Konflikt gekommen als früher. Um 1907 war sie 1½ Jahre lang bei ihrem Bruder, der das väterliche Anwesen übernommen hatte, während der Krankheit von dessen Frau. Sie schaffte auch dort für zwei, aber der Bruder erzählte später der verheirateten Schwester, es sei ein Höllenleben gewesen; so kommandierte sie alle, ließ ihnen kaum das Notwendigste an Essen zukommen und behauptete schließlich, die leidende Schwägerin sei überhaupt nicht krank, sondern nur faul. Ebenso hatte sie es übrigens mit ihrer in München verheirateten Schwester gemacht, als sich deren Herzleiden zuerst zeigte. In diesen Jahren erschien sie der Schwester auch manchmal „komisch", während sie sonst nie für geistig krank, sondern nur für eine etwas sonderbare Person gehalten worden war. Sie erzählte öfter, daß der und jener, der ihr auf der Straße begegne, sie so anschaue, und daß ihr das äußerst unangenehm sei. Sie konnte sich nicht näher darüber aussprechen, sagte aber manchmal, sie würde dadurch hypnotisiert. Als sie einmal zu ihrer Schwester kam und plötzlich in die Stube trat, so daß die Anwesenden sie unwillkürlich überrascht ansahen, begann sie gewaltig zu schimpfen, weil man sie so anschaue. Besonders hatte sie es mit den Straßenbahnschaffnern zu tun, die sie immer so ansähen. Ein weiterer, befremdlicher Zug, den die verheiratete Schwester allerdings schon viele Jahre früher an Frau H. bemerkt hat, ist folgender. Wenn sich die Frauen über ihre Arbeiten unterhielten, so sagte Frau H. manchmal, sie (Frau H.) könne das und das nicht so, andere Leute, z. B. ihre Schwester, die „könnten etwas". Oder sie sagte: „Ihr könnt mehr, ihr könnt halt zaubern". Es war nicht näher herauszubringen, wie die Kranke das wohl gemeint habe. Als psychotische Erscheinung müssen diese Äußerungen wohl nicht aufgefaßt werden. Ich vermute, daß Frau H. sie ironisch gemeint hat, oder daß sie — was ihrer Bigotterie und Beschränktheit entsprechen würde —

8*



abergläubisch war. In der letzten Zeit nahm das Mißtrauen der Kranken besonders zu. Sie glaubte, die Damen, in deren Häusern sie arbeitete, kämen in das Haus, in dem sie ein Zimmer gemietet hatte, und horchten; jedes Wort werde behorcht. In letzter Zeit klagte die Kranke auch mehr über nervöse Beschwerden, an denen sie früher schon gelegentlich gelitten hatte. Sie mußte sich öfter zu Bett legen und klagte über Kopfschmerzen und Mattigkeit.

Im Frühjahr 1910 verschlimmerte sich der Zustand der Frau H. Nach Polizeibericht wurde sie am 6. April auf der Frauenhofer Brücke über eine Stunde beobachtet, wie sie sich den Passanten mit der Brust entgegenstemmte und dieselben am Vorübergehen verhinderte. Am 7. April vormittags trieb sie dasselbe Spiel auf der Reichenbachbrücke. Dem Schutzmann, der sie anhielt, erklärte sie, dazu ausersehen zu sein, den Leuten in das Gesicht zu sehen und sie zur Arbeit und zu besserem Lebenswandel anzuhalten. Am gleichen Tage wurde sie polizeilich in die psychiatrische Klinik in München eingeliefert. Die Kranke hat später wiederholt mündlich und schriftlich eine Beschreibung der eigenartigen Veränderung gegeben, die im Frühjahr 1910, wie es scheint, ziemlich plötzlich über sie hereingebrochen ist. Die erste Beobachtung habe sie eines Abends am Marienplatz in München gemacht, als sie zu einer Fastenpredigt ging. Drei Herren kamen ihr auf dem Bürgersteig entgegen, und an einen derselben kam sie ein klein bißchen hin, worüber der Herr sehr schimpfte. Noch am selben Abend kamen ihr vier Frauenzimmer, die sich eingehängt hatten, entgegen, so daß man fast nicht vorbeigehen konnte. Da ging sie mitten durch die Mädchen hindurch, „Weil ich gewußt hab', daß das in München in einer feinen Straße 4 mit zusammen nicht gehen darfen". Auch von den Mädchen wurde sie ordentlich geschimpft. Bald darauf kamen auf der andern Seite der Straße einige nobel gekleidete Pärchen auf dem Trottoir dahergesaust, sie sei auch da ein klein bißchen angestoßen. Sie habe das Gefühl gehabt, daß das sein müsse, obwohl sie sich sehr fürchtete. Eine Bestätigung für die Berechtigung ihres Handelns fand sie darin, daß trotz ihrer wiederholten Zusammenstöße kein Menschenauflauf entstand. Eines Abends kam ein Herr am Marienplatz in ihre Nähe und sagte leise, sie sollte ihn anschauen, und dann: „So, jetzt haben wir Sie, jetzt müssen's schaun, ob Sie wollen oder nicht". Das war ihr wie eine Erleuchtung. Es war ihr bis dahin ein ihr selbst unheimlicher Zwang gewesen, auf die Leute achten zu müssen. Nun meinte sie, sie sei da zum Schauen. Sie dachte: „wenn ich zu niemandem was sage, nichts rede auf den Straßen, dann geht die Sache". Sie habe nun viel schauen müssen, Leute von allen Ständen habe sie angeschaut, es gab deshalb öfter einen Auflauf und ein arges Geschimpfe, es habe ihr große Überwindung gekostet, auf dies Schimpfen nichts zu erwidern. Zu ihrer Beruhigung — und wie sie annahm, zu ihrem Schutze — waren immer Schutzleute in der Nähe,

die leise zu ihr sagten, sie müßte schon gehen, es wurde ihr auch gesagt, seit sie gehe, werde es viel besser. Das habe sie anfangs auch nicht verstanden, später wurde ihr klar, daß die Menschen sich gebessert hätten, „seit ich gehe". Sie habe sich sehr geschämt, so auf den Straßen herumzustehen und zu schauen, aber sie habe dem inneren Drang nicht widerstehen können. In den folgenden Tagen entnahm sie aus zufälligen Begegnungen und aufgefangenen Worten weitere „Anleitungen" zu ihrem Beruf. Bei einer Beerdigung auf dem Auer Gottesacker sagte der geistliche Herr, daß man durch Anschauen die Menschen besiegen könne. „Auf das hin bin ich etwas heller geworden und habe mir sehr viel Mühe gegeben." Eines Tages ging sie auf die Bank, wo sie ihr Geld deponiert hatte, und nahm die Abrechnung über ihren Vermögensstand entgegen. Da wurde es ihr plötzlich zur Gewißheit, daß sie nicht aus freien Stücken hingekommen sei, sondern daß man gewollt habe, daß sie selbst komme. Sie weiß nicht genau, ob sie das selbst gedacht oder ob der Herr von der Bank es leise zu ihr gesagt habe. Der Herr sagte ihr weiter, sie solle mit ihrer Abrechnung in der Hand unter den Herrschaften herumgehen, was sie auch tat. Sie wurde nun durch ihre Schauerei auf Straßen und Plätzen herumgetrieben, besonders an Orten, wo sich heitere und leichtsinnige Menschen zusammenfanden, z. B. vor Kils Kolosseum, wenn die Leute zur Vorstellung hinein- und herausgingen. Aber auch in Kaufhäusern und Kirchen hielt sie sich lange auf, immer beschäftigt, die Menschen und was es sonst gerade zur sehen gab, „zu schauen". In der Karwoche, wo sie die Gottesdienste in zahlreichen Kirchen besuchte, gab es mehrfach ihretwegen einen Auflauf, am Karfreitag sagte ein Schutzmann in der Krankenhauskapelle zur Frau Oberin, sie (Frau H.) dürfe und solle schauen, daß durch sie die Sache gehe und daß sie die Gerechte sei, durch die es gut werde, und daß man staune über ihre Einfachheit. Ein Spaßvogel hat ihr auch einmal geraten, den Mond anzuschauen, was sie alsbald getreulich tat. Mehr und mehr wurden ihr nun von den ihr Begegnenden Belobungen erteilt: sie sei die Tüchtigste in der Arbeit von der ganzen Stadt, sie sei die Beste von den einfachen Leuten in München. Besonders hatte sie es mit dem Schauen auf die zweifelhaften Damen abgesehen. mit denen sie in der Gegend des Gärtnerplatztheaters Zusammenstöße hatte. Sie war nun völlig überzeugt, daß sie berufen sei, durch ihr Schauen die Menschen zu bessern, und daß sie auch schon großen Erfolg gehabt habe. Zu ihrem Staunen fand sie sich schließlich auf der Polizei und endlich in der psychiatrischen Klinik, wo sie fortfuhr, die Vorgänge der Umgebung in ihrem Sinne zu mißdeuten. So habe der Herr Doktor bei der Aufnahme gleich gesagt: „Die schaut schön". Ein Arzt kam einmal durch den Saal und sagte: „Wie machen Sie das denn, daß die Sache so gut wird?" Auch die Leute, die zu andern Kranken zu Besuch kamen, zeigten sich ihr dankbar und sagten, daß es unter dem Volke schon viel besser werde. Der Magistrat fragte jeden Tag einmal an, wie es ihr

gehe, und als sie zur klinischen Vorstellung in den Hörsaal mußte, da haben, wie die Schwester sagte, „die Herren geschaut, daß ich so ernst bin". Getreu ihrer Aufgabe tat sie nichts als Beten und Schauen, ohne zu reden. Die Krankengeschichte der Münchner Psychiatrischen Klinik bestätigt, daß Pat. sehr zurückhaltend und abweisend war, meist aufrecht im Bett saß, bald dies, bald jenes ansah, den Arzt mißtrauisch betrachtete, die harmlosesten Fragen mit großem Mißtrauen aufnahm, das Gesicht ängstlich abwendete und die Augen bedeckte, wenn man sie länger ansah. Bei Fragen nach Mann und Kindern geriet sie in Entrüstung, da der Arzt für derartige Fragen noch viel zu jung sei. Gegen die körperliche Untersuchung sträubte sie sich heftig. Hatte sie einmal eine kurze Antwort gegeben, so bereute sie das sofort und rief: „Jesus, jetzt hab ich mich ja beinah' verplaudert". Sie gab an, daß sie beobachten und zum Fenster hinaussehen müsse, sie verstehe das nicht, sei aber dazu beauftragt. Andere Beschäftigung lehnte sie ab.

Am 28. Juni 1910 hierher verbracht, führte sie sich gleich mit der Angabe ein, daß sie nach Erlangen gebracht worden sei, um auch hier zu „schauen". Sie müsse überall nach dem Rechten sehen, damit die Leute ordentlich lebten, ihre Pflichten erfüllten, ihre Schulden bezahlten, und damit nichts Unsittliches vorkäme. In München habe ihr Wirken schon großen Erfolg gehabt. Nach kurzer Zeit behauptete sie, daß ich einmal in der Münchner Klinik bei der Visite dabei gewesen wäre und mir ausgebeten hätte, daß Pat. nach Erlangen komme. Sie lebt in der Überzeugung einer besonders engen Beziehung zwischen ihr und mir. Nachdem sie bald angefangen hatte, sich als „Schaufrau" zu bezeichnen, nannte sie mich ihren „Schauherrn" oder auch „mein Herr Oberarzt". Übrigens spricht sie auch von ihrem Münchner Abteilungsarzt als „mein Herr Doktor" und von der Gesamtheit der klinischen Ärzte in München als „meine Münchner Herren". Sie ist tagaus, tagein beschäftigt, auf alles, was um sie herum vorgeht, zu sehen. Neugierig und argwöhnisch läuft sie überall hinzu, mischt sich in alles, tadelt und ermahnt besonders das Pflegepersonal, mit dem sie auf sehr schlechtem Fuße steht. Sie weiß alles besser, kommt mit den reizbareren Kranken immer wieder in Konflikt, ist selbst außerordentlich reizbar und mißtrauisch und keift im Zorn wie ein Marktweib. Alle paar Monate muß sie auf eine andere Krankenabteilung versetzt werden, weil ihre ständigen Reibereien sie überall bald unerträglich machen. Auch vor den Ärzten macht ihre Kritik nicht Halt, obwohl eine übertriebene Höflichkeit und deutliche erotische Regungen ihr Urteil hier etwas mildern. Sie verfolgt genau, ob die Ärzte zur rechten Zeit und genügend oft Visite machen. Komme ich einmal nicht, so entgehe ich nicht ihren Vorhaltungen; bin ich auf Urlaub, so hält sie sich die ganze Zeit darüber auf und macht mir bei der Rückkehr die bittersten Vorwürfe, da sie nur durch mich hierher gekommen sei und ich daher verpflichtet sei, mich täglich um sie zu bekümmern. Die Kränkungen, die sie täglich von dieser oder

jener Pflegerin oder Kranken erfahren will, sind zwar zum Teil Übertreibungen tatsächlicher Vorfälle, in die sie durch ihre „Schauerei" ja leicht gerät, mehrfach aber ließ sich erweisen, daß denselben Konfabulationen zugrunde lagen. Sie hat auch Erinnerungstäuschungen im Sinne ihrer Wünsche; so soll man ihr schon hundertmal die Entlassung versprochen oder den Besuch ihres Mannes für morgen angekündigt haben. Halluzinationen ließen sich nicht sicher erweisen. Mit größter Energie und Unermüdlichkeit verlangt sie immer wieder ihre Entlassung und erwartet von ihrem Manne, an den sie Brief über Brief schreibt, mit unbesiegbarem Vertrauen ihre endliche Befreiung aus der Anstalt. Ihre Verliebtheit in den Mann besteht fort. Sie bereut, gegen den Mann früher manchmal häßlich gewesen zu sein, und will nun endlich, wonach sie sich ihr Leben lang vergeblich gesehnt hat, erlangen: ein Leben in Friedlichkeit und Rechtlichkeit mit ihrem Manne, so wie es sich Eheleuten geziemt. Sie ist taub gegen Einwände, die ihr die schlechte Handlungsweise ihres Mannes vorhalten, obwohl sie dieselbe kennt und sich auch öfter bitter über den Mann beklagt hat. Auch sonst ist ihre sexuelle Erregbarkeit erhöht: sie ist bei körperlichen Untersuchungen, die wegen ihres Emphysems und ihrer Herzschwäche gelegentlich nötig sind, sehr verschämt und lehnt besonders die Untersuchung durch jüngere Ärzte mit komischer Entrüstung ab. Mir gegenüber hegt sie zweifellos zarte Gefühle und ist über jedes freundliche Wort beglückt. Sehr komisch wirkt ihr verschämtes Behagen, wenn man sie einmal auf die Schulter klopft oder ihr gar einmal die Wange tätschelt. Übertrieben höflich macht sie tiefe Verbeugungen, wenn Herr Professor *Specht* oder ich zur Visite kommen — vor Herrn Professor *Specht*, dem „allerhöchsten Herrn", wohl abgemessen einige Zentimeter tiefer als vor mir, dem „höchsten Herrn". Bei einer klinischen Vorstellung trat sie unter tiefen Verbeugungen ein, lief, als sie sich schneuzen mußte, hinter die Tafel; denn vor so hohen, feinen Herren dürfe man das nicht. Ihre Ausdrucksbewegungen sind dem jeweiligen Affekt angemessen und sehr lebhaft, ihre Bewegungen auch im übrigen flink und natürlich. Sie spricht sehr viel und laut und entfaltet besonders beim Vortrag ihrer Entlassungswünsche und ihrer täglichen Beschwerden eine inhaltlich allerdings einförmige Geschwätzigkeit. Ebenso sind ihre Briefe, die sie vornehmlich an den Mann richtet, sehr lang; sie schreibt, bis das letzte Fleckchen Papier ausgefüllt ist, aber der Inhalt ist ermüdend einförmig mit dem immer wiederholten Verlangen nach Entlassung, den Beteuerungen, daß sie friedfertig mit ihrem Manne leben wolle, den Beschwerden über ihre Festhaltung und über die Unbilden, denen sie hier ausgesetzt sei. Die Briefe verraten in Rechtschreibung und Interpunktion die geringe Bildung und Übung im schriftlichen Ausdruck, sind aber im übrigen formal nicht auffällig.

Zu einer zweckvollen Beschäftigung war sie in den ersten 2 Jahren ihres Hierseins nur ganz vorübergehend einmal zu bewegen. Sie strickte



einmal auf dringenden Wunsch von Herrn Professor *Specht* einige Wochen. Trotzdem war sie niemals untätig oder interesselos, „sondern in ihrem Sinne stets beschäftigt, offenbar in so hohem Maße durch ihr „Schauen" innerlich in Anspruch genommen, daß nichts anderes dagegen aufkommen konnte.

Zur Zeit der Menstruation war Pat. besonders erregt. Nach mehrmaligem, längerem Aussetzen ist die Menstruation seit Mitte November 1911 nicht mehr eingetreten. In den letzten Monaten ist Pat. etwas ruhiger geworden, sie arbeitet auch öfter etwas und mischt sich nicht mehr so viel durch ihr „Schauen" in fremde Angelegenheiten.

Die Merkfähigkeit ungestört. Erinnerungen an den persönlichen Lebensgang wohl erhalten, besonders auch die der jüngsten Vergangenheit. Weitere Kenntnisse beschränkt. Pat. weiß nur, was sie in ihrem Leben gebraucht hat, dies aber ausgezeichnet (Dinge des Haushalts, Preise der Nahrungsmittel und ähnliches). Begriffliche Unterschiede hinsichtlich geläufiger Gegenstände werden richtig angegeben. Bei Abstraktem z. B. Lüge und Irrtum, unbeholfener Ausdruck bei vorschwebendem richtigen Sinn. Bildliche Darstellungen von Begebenheiten werden richtig aufgefaßt und in ihren Zusammenhängen richtig gedeutet. Das Gleiche gilt für Erzählungen. Pat. beurteilt — von den Wahnvorstellungen abgesehen — ihre Umgebung und alle Lebensverhältnisse richtig. Für die Schwächen der Menschen hat sie sicheren Blick und trifft mit ihren Ausstellungen als Schaufrau sehr oft das Richtige. Das Denken ist inhaltlich einförmig, es dreht sich um ihre Wünsche, Beschwerden und wahnhaften Erlebnisse. Es ist sehr schwer, ihre Aufmerksamkeit auf andere Gegenstände zu lenken und bei andern Gegenständen zu erhalten, sie gleitet bei beliebigen Fragen immer wieder auf die bei ihr überwertigen Vorstellungskreise ab, in denen sie sich mit großer Geläufigkeit ergeht, während sie bei andern Fragen eine gewisse Denkerschwerung und geringe Phantasie zeigt, z. B. beim Ergänzen eines Lückentextes, sofern sie nicht überhaupt das Eingehen auf Fragen, mit denen sie ihrer Meinung nach nichts zu tun habe, ablehnt.

Bei der *Bourdon*schen Prüfung werden von 44 Unterstreichungen 6 ausgelassen.

Ihre Assoziationen zeigen nur in ganz wenigen Fällen einen Fortschritt der Gedankentätigkeit von dem Reizwort auf eine andere Vorstellung: sie stellen vielmehr mit Ausnahme von 2 unter 26 Reaktionen Prädikationen, Definitionen und Umschreibungen dar, bei denen also der Begriff des Reizwortes in der Reaktion wiederkehrt (perseveriert). Die Prädikationen, Begriffsbestimmungen und Umschreibungen sind inhaltlich sehr dürftig, allgemein und einförmig, es perseveriert vielfach die gleiche Reaktionsform („das braucht man zu ..."). Relativ häufig bestimmen die überwertigen Vorstellungen der Pat. die Reaktion, indem Pat. auf eigene Erlebnisse bezugnehmend egozentrisch reagiert oder — als Schaufrau! — moralische Urteile abgibt.

Körperlich ist Pat. in den 2½ Jahren ihres Aufenthaltes in der Klinik merklich gealtert, das Haar ist teilweise ergraut, sie leidet an Emphysem, chronischer Bronchitis und einer gelegentlich sich verschlimmernden, wohl auf Arteriosklerose beruhenden Herzschwäche. Die Menses waren seit Aufnahme in die Klinik unregelmäßig, aussetzend und hörten im November 1911 (50. Lebensjahr) auf.

9. Bogner, Anna, ledige Zugeherin aus Nürnberg, geboren 17. Juni 1851.

Die Kranke ist die uneheliche Tochter eines Dienstmädchens. Ihr Vater, der Bahnwärter war und mit seiner Mutter zusammenlebte, zog sie auf. Der Vater heiratete zweimal; bei der zweiten Stiefmutter hatte Pat. es recht schlecht. Von ihren zwei Stiefbrüdern ist der eine an Krampfanfällen klein gestorben, der andere verunglückt. Pat. war immer sehr kurzsichtig, besonders auf dem l. Auge. In der Schule will sie ausgezeichnet gelernt haben. Die Lehrerin habe sie oft mit ihrer Vertretung in der Schule beauftragt. Sie hatte ein vorzügliches Gedächtnis, „da wär mancher Simpel froh". Sie hätte gern selbst studiert und wäre gern Lehrerin geworden, aber dazu fehlten die Mittel. Sie hätte auch in besseren Schulen immer die ersten Noten bekommen. Von Kindheit an sehr musikalisch, auch in der Musik hätte sie sich gern ausgebildet und ist sicher, daß sie darin Hervorragendes geleistet haben würde, wie das ja bei Leuten mit schlechten Augen und bei Blinden oft der Fall sei. Seit ihrem 16. Lebensjahr in Dienst, mußte sie sich wegen ihrer schlechten Augen zeitlebens mit geringen Stellen und grober Arbeit begnügen, während sie das Talent zur feinsten Köchin gehabt hätte. In allen Stellen sei sie wegen ihrer Gewandtheit, Treue und ihres Fleißes beliebt gewesen. Zuerst war sie auf dem Land in Dienst, später in Nürnberg, in großen Häusern als zweites Mädchen und als Putzmädchen in Gasthöfen. Sie ist nach ihrer Angabe immer bescheiden und zurückhaltend gewesen. Vor Leuten, die sie nicht kannte, war sie schüchtern, man sagte, „sie hätte immer so was Bescheidenes an sich". Ordinäre Behandlung konnte sie nicht vertragen und keine ordinäre Unterhaltung anhören, sie hatte ein feineres Gemüt und ein feines Ehrgefühl, das gegen ungerechte Vorwürfe sehr empfindlich war. Bei solchen Anlässen wurde sie bei aller ihrer sonstigen Bescheidenheit leicht hitzig. „Ich hab' zu die Hitzigen gehört wie mein Vater." Im Ärger hatte sie ein „tüchtiges Maul". Sie war sparsam und hielt sich immer sehr sauber. Auch in sexueller Hinsicht war sie zurückhaltend, gegen Unfeines sehr empfindlich, ohne kalt zu sein. Infolge ihrer schlechten Augen, und weil sie das Tanzen nicht vertragen konnte — sie wurde leicht schwindlig —, trat sie gegen ihre Freundinnen zurück, obwohl sie in der Jugend nach ihrer Angabe sehr schön war. Sie hatte schwarzes Haar, eine reine, weiße Haut und rote Backen. Die Haare waren von Natur gelockt, „so schöne Mädchen gibt es jetzt gar nicht mehr". Sie habe lange jugendlich ausgesehen, obwohl ihr Haar schon mit 40 Jahren ergraute. Ihre

sexuelle Phantasie erträumte sich einen gebildeten, edlen Mann, wie er ihr nach ihren Geistesgaben entsprochen hätte; denn sie hatte „das Genie der Dichter — so wie Schiller". Aber bessere Herren zu heiraten war ja nicht möglich, weil sie kein Geld hatte. Von den Menschen sich zurückziehend, war sie eine große Tierfreundin von Jugend auf. Die Schafe, Ziegen und Hunde liefen ihr immer nach, und man wunderte sich allgemein, wie die Tiere durch sie so angezogen würden. Als sie mit 25 Jahren in einem Nürnberger Gasthofe tätig war, glaubte sie ihr Männerideal in dem dortigen Oberkellner gefunden zu haben; der hätte ihr gefallen, der hatte auch so ein Genie, fremde Sprachen usw. Sie hatte ein Verhältnis mit ihm, aber der Oberkellner scheint sie sitzen gelassen zu haben. Als sie mit 34 Jahren ihre Liebeswünsche noch nicht verwirklicht sah, wurde sie weniger wählerisch und dachte, „besser einer als keiner". Zu allem Unglück kam sie an einen ganz verkommenen Menschen, einen früheren Steindrucker, der nach Verlust seiner Stellung auf Taglohn arbeitete und trank, und der sie sitzen ließ, als sie schwanger wurde. Aber nun wurde das Kind ihr Glück. Sie rühmt, bei der Erzählung aufleuchtend, wie schön das Kind gewesen sei, ihr Ebenbild. Sie hatte sich nach ihrem 30. Lebensjahr ein Zimmer gemietet und sich ein wenig eingerichtet und arbeitete nur tagüber als Zuspringerin. Des Nachts strickte sie noch viel für Geschäfte. 6 Jahre lang hatte sie das Kind bei sich, dann wurde das Kind tuberkulös und starb, nachdem es die letzten 3 Jahre im Kinderspital gewesen war, zum größten Schmerz der B.

Während Pat. bis zur Geburt des Kindes körperlich gesund gewesen war — sie rühmt, daß sie nie müde wurde, kaum einmal Kopfweh hatte — litt sie seit der Geburt an einem Vorfall. Sie ermüdete leichter, bekam nach Anstrengungen leicht Kopfschmerzen und fühlte, daß sie nervöser, reizbarer wurde. Allmählich verschlechterten sich auch die Augen. Sie bekam wegen ihrer herabgesetzten Arbeitfähigkeit gelegentlich Unterstützungen vom Magistrat, über deren Geringfügigkeit sie sich aufhält. Die Herren hätten es immer sehr genau genommen, und andere Leute, die weniger bescheiden waren, hätten mehr erhalten.

Mit 49 Jahren wurde sie wegen ihres V o r f a l l s im Krankenhause o p e r i e r t, wonach die bis dahin regelmäßige P e r i o d e a u s - b l i e b (Totalexstirpation). Bei der Operation sei von den Ärzten schon bemerkt worden, daß sie nervös sei.

Bald danach, 1901, in i h r e m 50. L e b e n s j a h r e, b e - g a n n e n d i e B e l ä s t i g u n g e n, durch die sie schließlich in die Klinik kam. Seit der Zeit fühlte sie sich körperlich immer schlechter werden (Gliederschmerzen, Verschlechterung der Augen). Sie bekam Schwierigkeiten mit den Hausgenossen, es kam ihr Geld weg, ein andermal eine Schürze. Sie wurde sehr mißtrauisch, schaffte sich Vexierschlösser an. Da sie in den Geschäften sah, daß zu jedem Schloß zwei Schlüsselchen vorhanden waren, argwöhnte sie, daß jemand anders sich den zweiten Schlüssel

verschaffen könnte, und sah nun immer darauf, daß sie beide Schlüssel zu einem Schloß bekam. Aus Mißtrauen und infolge von Streitigkeiten mit den Hausleuten, denen sie offenbar ungerechte Vorwürfe machte, wechselte sie ihre Wohnung seitdem öfter. Um die gleiche Zeit bemerkte Pat., daß ein jüdischer Glasermeister (Haas), der in ihrer Nähe wohnte, ihr immer nachlief. Überall, wo sie hinkam, tauchte der Haas auf, manchmal sah sie ihn auch nicht, hörte ihn aber „plaudern". Er sagte immer, er müsse bei ihr sein, sonst könne er nicht leben, er kriege keine Luft — sie hörte ihn auch schwer schnaufen —, wenn er ihr nicht so nahe wäre, daß er von ihrer Atmosphäre etwas abbekäme. Pat. merkte auch bald, daß dem Haas wohler war, wenn er in ihrer Nähe war. Ihre eigenen körperlichen Beschwerden deutete sie nun so, daß der Haas ihr seine Leiden übertragen hätte. Er sowohl wie sie müßten magnetisch und elektrisch gewesen sein, so erklärt sie sich diese Übertragung. Sie vermutete nun auch, daß ihre auffällige Anziehungskraft für Tiere schon der Ausdruck ihrer elektrischen Natur gewesen sei. In dem krankhaften Erlebnis mit dem Haas steckt weiter ein sexueller Bestandteil, der bei den Erzählungen der Kranken zunächst hinter den geschilderten Belästigungen versteckt bleibt. Auf entsprechende Frage gibt sie dann aber an, der H. habe auch manchmal Unanständigkeiten geplaudert und den Verkehr mit ihr verlangt. H. übertrug ihr auch mehrmals die Syphilis „atmosphärisch": sie bekam Schmerzen, Brennen und Blasenbildung am Geschlechtsteil und ließ sich im Krankenhause behandeln, wo laut Krankengeschichte nur eine Hautabschürfung an der rechten großen Schamlippe gefunden wurde (Oktober 1902). Pat. gibt schließlich lächelnd zu, daß sie in den Haas verliebt gewesen sei: er war noch jung, viel jünger als Pat., etwa 30 Jahre, freundlich, liebenswürdig, hatte dunkle Augen, war nicht ordinär, sondern gebildet, hatte früher studiert — kurz, er erfüllte in der Phantasie der alternden Kranken die immer noch unerlösten sexuellen Wünsche. „Feind war ich ihm nit." Bald bemerkte Pat., daß dem H. die Frauen und Mädchen, besonders junge, nachliefen, und sie wurde eifersüchtig auf dieselben. Die Frau, mit der H. zusammenlebte, sei gar nicht seine Frau gewesen, sondern eine Person, die sich auch so an den H. herangemacht hatte. Die wirkliche Frau H. lebe getrennt von ihrem Manne. Dann war da im Hause der Kranken eine Leichenfrau mit ihrer 16 jährigen Nichte, die dem H. immer nachlief und alles mögliche Zeug einnahm, um auch die Fähigkeit zu erlangen, dem H. seine Krankheiten abzuziehen, wie Pat. das vermochte. Es bekam ihr aber zuletzt schlecht. Zunächst allerdings mußte Pat. bemerken, daß die 16 jährige den H. ganz an sich zog und mit ihm hauste. Wo Pat. bei ihrem häufigen Wohnungswechsel hinkam, immer hauste auch der H. und die 16 jährige Dirne in der Nähe. In der einen Wohnung hörte sie die beiden aus einem benachbarten Gewölbe, in einer anderen bei einem Kutscher auf dem Heuboden. Wahrscheinlich bestach die junge Dirne die Hausbesitzer, daß sie den H. hinein-

ließen. Sie bemitleidet den H. um die elende Unterkunft, äußert dann aber wieder Schadenfreude; es sei seine eigene Schuld gewesen, dem miserablen Schuft, er hätte ja nur sie, die Bogner, zu sich zu nehmen brauchen, dann wäre er gesund geworden, und sie hätte ihm obendrein sein Haus vorzüglich geführt und ihm im Geschäft geholfen. In ihrem ganzen wahnhaften Verhältnis zum H. durchflechten sich überhaupt Haß und Liebe fortwährend. Alle Leute, die sie wegen des H. und ihrer Belästigungen anredete, verleugneten die Sache und waren also offenbar auch mit bestochen oder beeinflußt. Sie bekam deshalb überall Streit. Der Haas kannte auch die Gedanken der B. und sprach sie aus, bevor Pat. sie zu Ende gedacht hatte. „Wenn ich was gestohlen hätt', er hätt' es erraten, also war er ein Hellseher!" Später kam das Plaudern nur mehr aus der Luft. Pat. schloß daraus, daß der H. in die Luft geflogen und zerplatzt sei. Wie, könne sie des näheren nicht angeben. Aber es ging ihm die letzte Zeit sehr schlecht; wenn er hinter ihr herging, konnte er fast nicht mehr laufen und fiel öfter hin, aber Pat. lief dann erst recht rasch, „daß ihm der Atem verging", „da hatte er sein Teil". Zum Teil bezog Pat. die Stimmen aus der Luft auch nicht mehr auf den H., sie sagt: „Die Luft repetierte alles." Allmählich ließ die Sache mit dem H. nach, offenbar trat eine Besserung bei Pat. ein.

Als sie 1906 in das Versorgungshaus „Weinstadel" kam, hatte sie fast ein Jahr lang Ruhe. Manchmal hörte sie den H. noch aus der Luft; „denn die Hellseher können sich in der Luft halten." Die Hausmeisterin vom Weinstadel bestätigt, daß die B. in der ersten Zeit unauffällig war. Aber nach einiger Zeit wurde sie „bösartig" und mißtrauisch im höchsten Grade. Sie warf der Hausmeisterin und anderen Pfründnerinnen schwere Vergehen vor, die Hausmeisterin sei eine Hure, und man tue ihr alle möglichen Leiden an. Nach Angabe der Kranken selbst war auch die Hausmeisterin leidend und suchte bei der B., welche die Fähigkeit hatte, die Krankheiten anzuziehen, Heilung. Noch viele Kranke machten sich in ihre Nähe. Sie muß eine ganz eigenartige „wertvolle Person" sein, elektrisch und künstlich wie in ganz Deutschland keine. Das stellten auch die Ärzte später im Krankenhause fest, die auch durch die Urinuntersuchung bei ihr fanden, daß sie mit den schärfsten elektrischen Strömen behandelt worden wäre und chinesisches Gift und Quecksilber in ihren Körper bekommen hätte, so viel, daß jeder andere längst daran kaput gegangen wäre. Aber nicht nur die Kranken, sondern auch die Tierbändiger machten sich nun, während sie im Weinstadel war, an sie und wollten ihre übernatürliche Fähigkeit in der Bändigung der Tiere ausnutzen. Sie sollte z. B. die jungen Löwen bändigen, sie sollte sogar einmal für einen zoologischen Garten fortgestohlen werden, und man wollte sie „präparatisch richten", daß sie die Trommel schlüge bei Vorstellungen, ohne selbst etwas davon zu wissen. Sie hätte nach Berlin kommen und riesige Summen verdienen können. „Die Person ist das wert", sagten alle Leute in Nürnberg. Sie war in

ganz Nürnberg geachtet. Ein ähnliches, wahnhaftes Erlebnis wie mit dem Haas berichtet sie aus der letzten Zeit ihres Aufenthalts im Weinstadel: Pat. ging vom Weinstadel aus noch manchmal auf Stundendienst. In einem Hause wohnte ein Baumeister, ein ganz hübscher, noch ziemlich junger Mann: der war schwer krank, konnte auch nicht schnaufen, und die B. hörte ihn wie ein Vieh nach ihr schreien. Immer aber, wenn sie in die Nähe kam, wurde er schön ruhig. Sie sollte nun ganz zu ihm ziehen und ihn wieder gesund machen, aber der Stadtmagistrat verlangte, da Pat. ja auf Armenkosten lebte, 2000 M. dafür, und nun fand sich wieder, wie bei der Affäre Haas, eine junge, hübsche Nebenbuhlerin, die übernahm die Behandlung für 600 M. und höhnte die B.: „Siehst, jetzt bin ich da und nicht Du." Allerdings wurde sie kaput davon, während die B. auch die Anziehung der Leiden des Baumeisters leicht vertragen hätte. Vom Juni bis September 1910 machte Pat. eine rechtsseitige Ischias durch, die sie natürlich auch auf Übertragung, und zwar durch die Hausmeisterin im Weinstadel, zurückführte.

Am 26. September 1910 wegen ihrer Konflikte im Versorgungshaus in die psychiatrische Abteilung am Nürnberger Krankenhaus verbracht, kam sie am 16. November 1910 in die hiesige Klinik.

Das Krankheitsbild, das die B. seit nunmehr 2 Jahren bietet, ist völlig unverändert. Sie hält an ihren Wahngebilden, die sie stets mit lebhaftem und entsprechendem Affekt vorträgt, unerschütterlich fest und hat hier noch zwei neue krankhafte Erlebnisse gehabt, die wieder genau nach dem Schema der Sache Haas verliefen. Zuerst war es Herr Dr. F., der ihr gefiel. Er sprach immer sehr freundlich mit ihr. Sie hatte sich bezeichnenderweise gewünscht, ihn als Kind gewartet zu haben. Dr. F. war auch ein Hellseher, der ihre Gedanken kannte. Ihre Gehörstäuschungen hatten die Stimme des Dr. F. Dr. F. setzte ihr aber auch zu, er schnaufte auch schwer, wie der Haas, er hatte einen Elektrisierapparat, mit dem er ihr alle möglichen Leiden beibrachte. Schließlich wurde er noch frech und hielt es mit einer jüngeren Pat., und beide verspotteten die Kranke. Ebenso war es mit Dr. Z., Der tat zuerst immer freundlich, aber dann hurte er mit einer anderen Kranken — diesmal übrigens einer auch schon 50 jährigen —, die ihn wahrscheinlich auf geheimnisvolle Weise angezogen hatte (vgl. die Rolle der 16 jährigen Dirne in dem Erlebnis Haas). Beide ‚hypnotisierten a weng" und zogen der B. das linke schielende Auge schief. Dr. Z. machte ihr auch Schmerzen am Geschlechtsteil. Einmal wollte Dr. Z. die B. durch den Oberpfleger, den sie in einer Nacht plötzlich auf ihrem Bett sitzen sah, „wegstehlen" lassen (aus einem Traum entnommene Erinnerungstäuschung). Pat., die im Verkehr mit Ärzten und Pflegerinnen freundlich und höflich ist und, wenn man ihr auf die Schulter klopft, ein geschmeicheltes und verschämt-verliebtes Gesicht macht, ist doch von großem Mißtrauen beherrscht, unter dessen Einfluß sie vieles mißdeutet. Sie will sich z. B. wegen ihrer meist organisch



bedingten, körperlichen Beschwerden nicht behandeln lassen. Durch Tropfen (Zinktropfen), die einer der Ärzte ihr einmal ins Auge getan hat, sei das Auge schlechter geworden. Sie bezieht zufällige Vorkommnisse auf sich. Eine Kranke, die sehr lebhaft ist und öfter lacht, höhne sie immer. Eine andere, die immer über das Essen nörgelt, ist ihr unsympathisch; sie weist dieselbe weg, wenn jene sich neben sie setzen will. Pat. glaubt, daß alle Pflegerinnen sie nicht gern möchten. Mit ihrer Arbeit beschäftigt, murmelt sie oft vor sich hin und hält sich über die Schlechtigkeit der Leute und ihr eigenes unschuldiges Leiden klagend und zürnend auf. Stärker reizbar ist Pat. nicht. Sie ist nie gegen andere mit Beleidigungen oder Tätlichkeiten vorgegangen. Gehörstäuschungen bestehen fort, aber in geringer Menge und Stärke. Sie hört manchmal plaudern, aber nur wenig und undeutlich, und erkennt die Stimmen nicht. Die körperlichen Mißempfindungen (Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, hochgradige Herabsetzung der Sehschärfe, Funken und Mücken sehen, Frieren am ganzen Körper) sind wohl überwiegend organisch bedingt, werden aber sämtlich im Sinne der Beeinträchtigung gedeutet. Allerdings steckt hinter der Beeinträchtigungsvorstellung auch immer der Größenwahn: all diese Leiden könnten ihr nur deshalb angetan werden, weil sie durch ihre wunderbare elektrische Natur die Fähigkeit hätte, dieselben anzuziehen. Ihre Selbstüberschätzung tritt, abgesehen von den Größenvorstellungen in der Hervorhebung ihrer geistigen Fähigkeiten, durch die sie schon in der Schule geglänzt haben will, und in der Unterstreichung ihrer früheren körperlichen Vorzüge zutage (vgl. Vorgeschichte). Übrigens erhebt sich das Wissen der Pat. tatsächlich über den Durchschnitt der Personen ihres Standes. Sie empfindet es als eine Ungerechtigkeit, daß sie hier unter Geisteskranken gehalten werde, drängt aber im Bewußtsein ihrer körperlichen Hinfälligkeit nicht auf Entlassung.

Die Kranke, deren Willkür- und Ausdrucksbewegungen natürlich sind, und die im Sprechen und sprachlichen Ausdruck, von vereinzelten Technizismen abgesehen („präparatisch gerichtet"), nichts Auffälliges bietet, ist unermüdlich tätig. Ungeachtet ihrer hochgradig verminderten Sehschärfe steckt sie Nachtlichtchen oder strickt den ganzen Tag, wobei sie das Strickzeug, wenn sie einmal eine Masche ansehen muß, exzentrisch in das periphere Gesichtsfeld hält, weil die Mitte des Gesichtsfeldes durch Linsentrübungen verlegt ist. Sie hält sich stets peinlich sauber und hat wohlerhaltene Manieren. Meist sitzt sie für sich auf einer Bank und pflegt wenig Umgang mit den übrigen Kranken, ohne sich jedoch von diesen ganz abzusondern. Sie verfolgt auch alles, was um sie herum vorgeht, mit großer Aufmerksamkeit. Verwandte und Bekannte in der freien Welt hat sie nicht mehr, an denen sie ein Interesse bekunden könnte. Aber die Erzählung ihrer Lebensschicksale aus gesunden Tagen zeugt genügend dafür, daß ihre Gefühle nicht abgestumpft sind, sondern mit



normalen Regungen jene Erlebnisse (z. B. Liebeshoffnungen, Geburt und Tod des Kindes) begleiten. In der Unterhaltung, auf die sie immer eingeht, wird die sonst stille Frau sehr gesprächig, besonders wenn man auf ihre wahnhaften Erlebnisse zu reden kommt. Sie haftet nicht einförmig an den wahnhaften Vorstellungskreisen, sondern folgt jederzeit der Wendung des Gesprächs auf andere Dinge. Oft ergeht sie sich dabei weitschweifig in Nebendingen.

Die Merkfähigkeit war bei der Aufnahme und noch vor einem Jahre ungestört, jetzt ist sie etwas herabgesetzt. Pat. bemerkt das selbst und bezieht es wie andere Beschwerden auf fremde Beeinflussung. Die Erinnerungen an den persönlichen Lebensgang und die weiteren Kenntnisse sind sowohl aus alter wie neuer Zeit wohlerhalten. Von Dichtern und geschichtlichen Ereignissen weiß sie entsprechend ihren Liebhabereien mehr als andere Personen ihres Standes. Die Sterntaler-Erzählung und die Geschichte von der Frau und der Henne werden richtig aufgefaßt; bei der letzteren gerät Pat. in weitschweifige Auseinandersetzungen, daß es so etwas nicht gäbe, eine Henne könne ja gar nicht drei Eier an einem Tage legen, höchstens gäbe es Eier mit zwei Dottern usw. Begriffliche Unterschiede werden richtig angegeben, Moralbegriffe (Ehrlichkeit, Bescheidenheit) richtig mit Beispielen belegt, Sprichwörter richtig erklärt. Beim Kopfrechnen, das langsam geht, und bei dem Pat. ziemlich viele Fehler macht, macht sich die Störung der Merkfähigkeit geltend. Einen Lückentext ergänzt Pat. rasch und richtig; Satzbildung nach *Masselon* sehr gewandt. Beim Assoziieren schreitet Pat. in der Mehrzahl der Fälle zu einem neuen Begriffe fort (46 unter 50) und zeigt darin ihre geistige Produktivität. Die 4 Reaktionen, in denen das Reizwort wiederkehrt, sind Wortergänzungen. Unter den fortschreitenden Assoziationen sind allerdings ziemlich viele (10) Kontrastassoziationen, die ja den „verharrenden Assoziationen" nahe stehen. Es bedurfte nur einer einmaligen kurzen Belehrung, bis Pat. die Aufgabe verstanden hatte. Eine Neigung, egozentrisch bzw. im Sinne der krankhaften Erlebnisse zu reagieren, trat nicht hervor.

Körperlich: Im Alter von 61 Jahren fast weißes Haar, periphere Arteriosklerose, Blutdruck 170 mm, im Urin Spuren von Eiweiß, vereinzelte homogene Zylinder. Emphysem. Öfter rheumatische Schmerzen. Am rechten Auge kleine Hornhauttrübung, arteriosklerotische Aderhautgefäße, Sehschärfe $^{2}/_{60}$; links Stralismus divergens, Katarakta capsularis, Sehschärfe = Finger in 1 m. Nystagmus ex amblyopia (H. Privatdozent Dr. *Kümmell*).

10. **Müller**, Marie, geb. Kolb, Kaufmannswitwe aus Nürnberg, geboren am 18. März 1835.

Zwei Brüder des Vaters und wahrscheinlich auch dieser selbst endeten durch Selbstmord. Zwei Brüder der Kranken machten Geistesstörungen durch, über deren Natur nichts Näheres zu erfahren war. Pat. war körper-



lich gesund. Nach Aussagen ihres Schwiegersohnes und einer von ihr aufgezogenen Nichte ist sie immer „eigen“ gewesen. Sie war unermüdlich tätig. In ihrer Arbeit etwas hastig, arbeitete auch nachts viel. Voll Pflichtgefühl sorgte sie unermüdlich für ihren Mann, den sie verwöhnte. sowie für ihre beiden Töchter und die Pflegetochter. Sich selbst gönnte sie nichts. Sehr ernst veranlagt, war sie doch nie mutlos oder gehemmt. Wohl machte sie sich bei ihrer peinlichen Gewissenhaftigkeit leicht Vorwürfe und kam lange nicht darüber hinweg, wenn sie einmal unabsichtlich etwas versehen hatte. Pat. war aber auch eigenwillig und herrisch. Es mußte alles nach ihrem Kopfe gehen. Ihr Leben lang war sie mißtrauisch.

Die Wechseljahre begannen etwa mit dem 40. Lebensjahre der Pat., und seitdem veränderte sich ihre geistige Verfassung. Sie hatte tagelang-dauernde Anfälle von Angst und Verfolgungswahn. Auf der Höhe des Angstausbruchs fürchtete sie besonders für ihre Kinder und ihre Nichte; sie glaubte, diese würden verdorben, und beabsichtigte wiederholt, die Kinder zu töten, was einmal nur mit knapper Not durch ihren Mann, der in dieser Zeit kaum eine Nacht schlafen konnte, verhindert wurde. Mehrmals machte sie Selbstmordversuche (trank Salzsäure, versuchte, sich einen Dolch, den sie an die Wand hielt, in den Rücken zu stoßen). Der Zustand zog sich etwa 8 Jahre lang unter Verschlimmerungen und Besserungen hin. In der letzten Zeit trat neben der Angst mehr Reizbarkeit und herrisch-hochmütiges Wesen hervor. Sie schimpfte gelegentlich in gemeinen Ausdrücken, geriet mit jedermann in Streit und verfolgte ihren Mann mit einer geradezu lächerlichen Eifersucht. Bei ihrer Verbringung ins Nürnberger Krankenhaus (5. März 1883) gab es einen furchtbaren Kampf.

Vom 9. März 1883 bis 3. März 1884 zum ersten Mal in hiesiger Anstalt: Pat. jammerte und weinte oft, fürchtete für ihre Kinder, beklagte sich aber auch bitter über ihre Verbringung hierher („ein Akt roher Willkür“), war sehr reizbar und äußerte die Größenidee, mehrere Häuser zu besitzen.

Sie befand sich stets in einer ruhelosen Tätigkeit, konnte gar nicht genug zu nähen und stricken bekommen, seufzte auch während des Arbeitens oft: „Ach Gott, ach Gott,“ „Papa, es ist zu schrecklich“, „Papa, es ist scheußlich“, was sie selbst als unangenehm und zwangartig empfand. Im November 1882 trat sie mit der Angabe hervor, daß sie eine Menge Leute, bei deren Beerdigung sie gewesen, nach 10 Jahren wieder lebendig gesehen habe. Sie behauptete dann auch, ihre Angehörigen seien hier im Hause, es werde ihr so viel vorgemacht: sie antwortete auf Gehörstäuschungen „nein, aber ihr ungezogenen Reden“. In der Kirche glaubte sie einmal ihren verschollenen Bruder zu sehen und verlangte in furchtbarer Erregung zu ihm.



Gebessert entlassen. Daheim verschlimmerte sich der Zustand wieder, besonders nach dem Tode ihrer jüngeren Tochter. Bald nannte sie ihre Angehörigen Mörder und wollte dieselben gerichtlich belangen, bald erklärte sie, die Tochter sei überhaupt nicht gestorben — obwohl sie beim Tode dabei war —, es sei alles nur eine vom Manne gemachte Komödie. Derartiges wiederholte sich bei jedem Todesfall in der Verwandtschaft oder Nachbarschaft. Als eine Frau im Hause starb, legte Pat. selbst einen von ihr bestellten Kranz an den Sarg, behauptete aber nach der Beerdigung, es sei nur eine Wachspuppe gewesen, die betreffende Frau sitze in Wirklichkeit auf der Hallerwiese und lache. Sie hörte Stimmen, bezog alles auf sich, kam leicht in den größten Zorn, spuckte vor ihrem Mann aus, verscheuchte durch ihr Gebaren die Käufer vom Laden des Mannes. Das herrische Wesen und die Eifersucht nahmen zu, Pat. bildete sich ein, daß das Geschäft, das allerdings früher ihren Eltern gehört hatte, ihr Eigentum sei, während es der Mann käuflich erworben hatte. Die Zinsen einer Hypothek zu bezahlen, sei nicht nötig gewesen, da dieselbe schon seit langem gelöscht sei, die Zinsen seien ihr also gestohlen worden. Bei alledem arbeitete sie unermüdlich, kochte, wusch, fegte, wollte den Laden besorgen. Den Dienstboten überließ sie in ihrem Mißtrauen fast nichts. Öfter sagte sie: „Ich bin eine brave, reinliche, fleißige, fromme Frau, Ihr anderen seid alle schlecht, ich habe mehr gelitten wie Christus, ich habe keine Sünde.“

Zweiter Aufenthalt in hiesiger Anstalt vom 28. September 1885 bis 2. März 1886. Im Vergleich zum Zustande bei der ersten Aufnahme traten Zeichen von gedrückter Stimmung noch mehr zurück. Pat. war barsch und hochfahrend, hielt sich für unvergleichlich tüchtig, beschwerte sich andauernd über die scheußliche Behandlung, die sie unschuldig erleiden müsse, hielt daran fest, daß ihre Tochter noch lebe, und behauptete nunmehr, daß ein Vetter die Tochter unter Beihilfe ihres Mannes entführt und ein Verbrechen an derselben begangen habe. Die Oberpflegerin, die sie im übrigen als solche behandelte, wie sie auch sonst wohl orientiert war, bezeichnete sie als eine ihr bekannte Frau Glanning. Täglich kategorisches Verlangen nach Entlassung, dabei arbeitete sie fleißig. Phoneme bestanden fort, ebenso das zwangmäßige Ausstoßen von Worten wie „schrecklich“, „entsetzlich“. Bei Unterhaltungen und in Briefen, von dem wahnhaften Inhalt abgesehen, völlig geordnet.

Von ihrem Manne wieder nach Hause abgeholt, lebte Pat. von 1886 bis 1898, d. h. bis zum Tode ihres Mannes, bei diesem und von 1898 bis 1900 bei ihrem Schwiegersohn, einem Geistlichen in einem kleinen, unterfränkischen Orte. In der ganzen Zeit war sie mißtrauisch, glaubte sich immer beeinträchtigt, zwischendurch auch mehr ängstlich. Sie hatte sich nach Angabe ihres Schwiegersohnes an große Selbsteinschätzung gewöhnt, ohne an eigentlichem Größenwahn zu leiden. Sie besorgte den Haushalt des Mannes ordentlich und war später im Hause

des Schwiegersohnes bei der Wartung der Kinder sehr gut zu gebrauchen. Gehörstäuschungen bestanden während der ganzen Zeit. An den Tod ihres Mannes, der während eines Besuchs bei der verheirateten Tochter gestorben war, glaubte sie ebensowenig, wie sie es früher bezüglich der einen Tochter getan hatte. Derselbe sei ermordet worden. Wegen zunehmender Unverträglichkeit kam sie am 22. September 1900 ins Nürnberger Krankenhaus und von dort am 17. Oktober hierher. Sie hatte zuletzt einen Teil der Einrichtung ihrer Tochter für sich in Anspruch genommen, hatte einen Wagen voll Möbel für sich bereitstellen lassen und erwartete, daß der Magistrat von Nürnberg ihr pflichtgemäß eine Wohnung in Nürnberg anweisen würde.

In den ersten 2 Jahren ihres seit 1900 ununterbrochenen Aufenthalts in hiesiger Anstalt drängte die Kranke unablässig auf Entlassung, besonders nachdem am 3. Oktober 1901 ihre an den Pfarrer verheiratete Tochter gestorben war. Auch die Richtigkeit dieser Nachricht begann sie bald zu bezweifeln und war nach kurzer Zeit überzeugt, daß die Tochter noch lebe. In den späteren Jahren haben Zorn und Empörung mehr einer gefaßten Resignation Platz gemacht, in der Pat. zwar immer noch ihre Befreiung aus der Anstalt erwartet, aber ihre Wünsche kaum mehr von selbst vorbringt. Kommt man auf diese Dinge mit ihr zu reden, so beklagt sie sich in gemessener Weise über das Furchtbare, das sie nun seit so vielen Jahren erleiden müsse. Es sei „schrecklich", „unglaublich", was hier der „würdigen" Frau Müller angetan werde. „Bayern hat eine Rechnung. Herr Oberarzt!" — die ganzen Zustände in Bayern meine sie, die so etwas möglich sein ließen. Besonders leidet Pat. unter den Schimpfereien einzelner Kranken, speziell unter einer chronisch manischen Frau F. Derartige Patientinnen hält sie nicht für krank; es fehle die Moral und die Religion, das sei es. Es seien Menschen „mit ganz verschrobenen Ansichten", mit frechem und bösartigem Benehmen. Für krank hält sie — in Übereinstimmung mit einer verbreiteten Laienmeinung — nur die Verwirrten und Tobsüchtigen. Am Essen hat Pat. vieles auszusetzen. sie sprach gelegentlich von einem „entsetzlichen, sein sollenden Kakao" und scheute bei aller Wohlerzogenheit nicht, das Essen mehrfach als Fraß zu bezeichnen. Sie ist im Verkehr sonst freundlich, etwas hoheitvoll. mit wohlerhaltenen Manieren. Sie hat eine pünktlich geregelte Lebensweise. Wenn es einmal notwendig ist, ihr ein anderes Zimmer anzuweisen. so gerät sie in große Entrüstung. Sie arbeitet auch jetzt noch unermüdlich. hält ihr Zimmer und ihre Kleider sorgsam in Ordnung, deckt den Tisch im Tagesraum ihrer Abteilung, in der sie gewissermaßen die allseits stillschweigend anerkannte Rolle der Tischältesten spielt. Nie vergißt sie. von den Brotabfällen einen Teller Vogelfutter sauber zurechtzumachen. Die Tauben kennen ihre Wohltäterin sehr genau. Sie beschäftigt sich viel mit Handarbeiten und läßt keinen Geburtstag ihrer Enkelinnen vorübergehen, ohne denselben mit einer hübschen Stickerei eine Freude zu machen.



Die Briefe, die sie bei solchen Gelegenheiten beilegt, sind, abgesehen von den gelegentlich auch in ihnen enthaltenen wahnhaften Elementen, durchaus geordnet, stilistisch gewandt und spiegeln die natürlichste Anteilnahme der Großmutter an dem Ergehen ihrer Enkelinnen. Vom Verkehr mit den anderen Kranken hält sie sich zurück und läßt auch von den Pflegerinnen ihr Zimmer, ihre Kleider und ihr Eßgeschirr nicht gern anrühren. Wenn man sie morgens bei der Toilette überrascht, gebärdet sich die Greisin wie ein verschämtes junges Mädchen. Einer körperlichen Untersuchung ist sie vollkommen unzugänglich. Eine gelegentliche Frage, in welchem Jahre bei ihr die Periode ausgeblieben sei, wies sie als eine unglaubliche Zumutung zurück; so etwas sei sie noch nie gefragt worden; kopfschüttelnd und voll Entrüstung ging sie umher und erklärte immer wieder, daß ich mich schwer an ihr versündigt hätte. Auch beim Eindringen in ihren seelischen Zustand muß man sehr behutsam zu Werke gehen, weil Pat. ungemein verletztlich ist und bei der Berührung bestimmter ihr unangenehmer Erlebnisse die Unterhaltung entweder entrüstet abbricht oder tut, als ob sie von der betreffenden Sache nichts wüßte. Z. B. will sie den Oberarzt der Nürnberger psychiatrischen Abteilung nicht kennen, will überhaupt nie im Nürnberger Krankenhause gewesen sein, will nichts von ihren Selbstmordversuchen wissen u. ä. Von wirklichen Gedächtnisdefekten ist aber keine Rede. Pat. kann in der Unterhaltung auch heiter werden und überrascht gelegentlich durch ebenso treffende als ironische und witzige Bemerkungen über Eigenheiten und Schwächen der Personen ihrer Umgebung. Ihr Selbstbewußtsein ist nicht gering: mit Stolz erzählt sie, daß ihr Großvater Kreis- und Kriegsrat war. Sie beansprucht das Pfarrhaus ihres Schwiegersohnes als Eigentum, das sei ihr „mitgeteilt" worden.

Während sie handarbeitet, hört man sie ab und zu vor sich hinsprechen, zum Teil die schon bei der ersten Aufnahme im Jahre 1883 bemerkten Ausrufe „schrecklich, entsetzlich", „die würdige Frau Müller", zum Teil ist es eine Zwiesprache mit eigenen Gedanken oder mit den Stimmen, die sie immer noch hört. Besonders hört sie die Stimme ihres Schwiegersohnes und vieler, meist längst verstorbener Verwandten und früherer Bekannten. Über den Inhalt der Stimmen gibt sie sehr ungern Auskunft, da doch, wie sie meint, jedermann dieselben auch höre. Sicher ist, daß die Stimmen vielfach nur sinnlich verstärkte eigene Gedanken sind, und daß sie oft die eigenen Gedanken bestätigen und Wünsche der Pat. wiedergeben (z. B. sie werde nun bald abgeholt, sie sei die würdige Frau Müller). Bei der Unterhaltung wiederholt Pat. oft das letzte Wort oder den letzten Satz, den sie eben gesprochen hat, oder sie fügt rasch ein „ja ja" an. Besonders, wenn eine Pause in der Unterhaltung eintritt, z. B. wenn man die Unterredung nachschreibt, wiederholt sie, während man schreibt, zuweilen bis zu sechsmal die letzten Worte. Fragt man sie, was sie denn da vor sich hinspreche, so erklärt sie regelmäßig: „Ich habe



nichts gesagt", auch nichts gehört, höchstens gibt sie zu, daß vielleicht von jemand anders etwas gesagt worden sei. Tatsächlich halluziniert sie auch gerade unter diesen Bedingungen viel; sie sagt öfter in einer Pause der Unterhaltung: „Hörst Du, der Herr Pfarrer sagt es auch." Es sind offenbar dieselben Wiederholungen und Bestätigungen der eigenen Gedanken, die teils als eine Art unwillkürlichen Sprechens, teils als Stimmen auftreten und besonders bei einem Nachlaß der gedanklichen Konzentration (Gesprächspause, Schweifenlassen der Gedanken bei Handarbeiten) sich verstärken.

Pat. ist zeitlich genau orientiert und verhält sich, als ob die örtliche Orientierung ebenso richtig wäre. Sie gibt jedem den richtigen Namen und Titel und erinnert sich der Vorkommnisse und Personen, die sie während ihres Anstaltaufenthaltes erlebt hat, genau. Doch stehen dahinter eigenartige Verkennungen. Zunächst sind zahlreiche Personen, Ärzte, Kranke und andere, die eine Zeitlang hier waren und dann gestorben oder sonstwie fortgekommen sind, nach der Überzeugung der Kranken noch hier. Ein früher zur Klinik kommandierter Militäroberarzt starb hier und wurde nach Herzogenaurach zur Bestattung überführt. Es ist das eine Märe, eine von der Oberpflegerin inszenierte Sterbekomödie, wie sie mit vielwissendem Lächeln erklärt. Um einen Beweis für derartige Behauptungen bemüht sie sich nie. Ein früherer Arzt „soll" — tatsächlich ist es so — jetzt an der Hamburger Irrenanstalt tätig sein. Auch das ist nicht wahr, „er wie alle früheren Ärzte sind noch hier". Der Anstaltsdirektor H. Medizinalrat *Würschmidt* nahm vor einigen Monaten seinen Abschied und wurde durch H. Dir. *Kolb* ersetzt. Pat. hat dafür nur Hohn: *Würschmidt* sei vorn zu finden, *Kolb* sei Unsinn. Die Frau eines Oberarztes der Anstalt starb vor einigen Jahren. Für die Pat. lebt sie noch; es ist Sünde, etwas anderes zu behaupten. Alle diese Wahnvorstellungen sind Verneinungen von Veränderungen bzw. ein Festhalten an einer einmal erworbenen Denkgewohnheit. Die Oberpflegerin, Frl. Weber, bezeichnet Pat. regelmäßig als Frau Weber, es sei ihre Nichte, die Schwester ihrer Pflegetochter. Zur Begründung führt sie an, daß ihr vor langer Zeit eine Ähnlichkeit zwischen der Oberpflegerin und jener Nichte aufgefallen sei; nach und nach habe es sich dann so „entpuppt", daß Frl. Weber wirklich die Nichte sei. Ihre in München verheiratete Pflegetochter sei nicht mit einem Herrn Sch. verheiratet, sondern, wie sie „gehört habe", mit einem Sohne ihres Bruders. Mit ihren Verwandten treibt ihre Phantasie überhaupt ein besonders lebhaftes, von ihren Wünschen, Liebhabereien und Abneigungen diktiertes Spiel. Sie stiftet Ehen unter denselben und berechnet die Zahl ihrer Enkelinnen auf nunmehr 16. Daran, daß ihre Geschwister, Töchter und deren Kinder und Kindeskinder noch leben, hält sie unerschütterlich fest. Ein früherer Arzt der Klinik, den sie sehr wohl beim Namen kennt, heiße nicht Stöcker, sondern Schweiger und entstamme einer ihr wohlbekannten Familie. Er sei jetzt mit einer früheren

Patientin der Klinik, Rosa Endres, verheiratet, die kürzlich mit ihrem Buben die Oberpflegerin besuchte (Tatsache): zwar sei gesagt worden, daß die Endres mit einem Dr. Frank verheiratet sei, aber das sei Unsinn (in Wirklichkeit hat die Endres ein Verhältnis mit einem früheren Patienten der Klinik, Namens Frank). Übrigens heiße die Endres auch nicht so, sondern entstamme ebenfalls einer ihr bekannten Nürnberger Familie. Eine frühere Pflegerin sei die Schwester derselben. Manchmal bringt Pat. derartige wahnhafte Umdeutungen nur vermutungweise vor und sagte einmal: „Sie meinen wohl, daß das in meinem verrückten Kopf entstanden ist." Sie habe soviel Merkwürdiges erlebt, daß sie an allem zweifle. Die Leute in ihrer Umgebung seien „Variationen" von anderen Personen. Diese Verkennungen sind sichtlich wieder von einer und derselben Art: die Kranke sieht auf Grund irgendwelcher Übereinstimmungen in den Personen der Umgebung Menschen, die für sie einen starken Gefühlswert haben, und mit denen sie sich in Gedanken viel beschäftigt hat.

Bei allen diesen Verkennungen ist der Gedächtnisschatz an sich wohl erhalten, sowohl die früheren wie die jüngst aufgenommenen Erinnerungen. Die Merkfähigkeit ist ausgezeichnet, ich muß daher an der Richtigkeit früherer, nicht genauer belegter Angaben der Krankengeschichte zweifeln, nach denen die Merkfähigkeit und die Erinnerungen für die jüngste Vergangenheit herabgesetzt gewesen sein sollen. Sprichwörter werden treffend erklärt, die Sterntaler-Erzählung richtig verstanden. Das Denken der Kranken bewegt sich, wie aus der vorstehenden Schilderung schon hervorgeht, vornehmlich um die wahnhaften Vorstellungskomplexe und ist darin einförmig und verrät ein starkes Haften an gewissen Denkgewohnheiten (Negierung aller Veränderungen!). Bei nicht durch eine Aufgabe bestimmtem Denken macht sich im Gegensatze dazu öfter eine leichte Überproduktion an Vorstellungen geltend, wie Pat. auch im Gespräch manchmal in eine leichte Geschwätzigkeit gerät. So fügt sie bei der Wiedergabe der Sterntaler-Erzählung hinzu, hoffentlich seien die Taler auch richtig verwendet worden, und es sei jemand da gewesen, der das Kind beraten hätte, sonst hülfen ihm die Taler auch nichts.

Die Eigentümlichkeiten des Denkens, Einförmigkeit, Haften, Unproduktivität neben ideenflüchtigem Weiterschweifen treten bei der Assoziationsprüfung schön zutage: Die Fälle, in denen Pat. vom Reizwort auf einem anderen Begriff fortschreitet, sind viel seltener (6) als die verharrenden Assoziationen (44), die zu gleichen Teilen Wortergänzungen und Begriffsbestimmungen sind. Pat. perseveriert in ausgesprochener Weise mit bestimmten Reaktionsweisen (Ergänzungen, Definitionen und Umschreibungen), dieselben Wendungen (nicht zu verachten, kann man brauchen usw.) öfter wiederholend. In einem Viertel der Fälle knüpft die Kranke an das Reaktionswort noch weitere Äußerungen an, meistens dabei auch in dem einmal angeregten Gedankenkreise



bleibend. Im übrigen zeigt die Assoziationsprüfung sehr schön die Neigung der Pat., die letzten Worte zu wiederholen, gewisse Ausrufe einzuschalten (ja, das ist wahr). Mehrfach traten auch beim Assoziieren die wiederholenden und bestätigenden Stimmen auf.

Körperlich ist Pat. im Verhältnis zu ihrem hohen Alter (78 Jahre) außerordentlich rüstig. Sie sieht wesentlich jünger aus, als sie ist. Eine genauere körperliche Untersuchung wurde von der Kranken mit großer Entrüstung abgelehnt. Die Radialarterien sind deutlich verhärtet, im Urin Spuren von Eiweiß.

Heilversuche bei zwei Fällen von luischer Spätform.[1])

Von Oberarzt Dr. **Gg. Lomer.**

Die neuerdings hie und da einsetzenden, scheinbar nicht ganz aussichtlosen Heilversuche an Paralytischen haben auch uns Mut gemacht, die neuempfohlenen Behandlungsarten an einigen u. E. dafür geeigneten Fällen zu versuchen, über deren Verlauf hier kurz berichtet sei.

Das Salvarsan, gegenüber der Paralyse anfangs von verschiedenen Seiten ungemein verschieden bewertet, kann wohl heute im großen ganzen bei dieser Affektion als nicht indiziert oder besser: als wertlos gelten. Wenn wir es doch anwandten, so geschah das in jener Zeit ersten Probierens, die inzwischen durch eine ganze Reihe einschlägiger, überwiegend negativer Erfahrungen abgelöst ist.

Das Hauptgewicht legten wir indes auf die neuerdings von mehreren Autoren warm empfohlene Anwendung künstlicher Hyperthermie und Leukozytose, sei es nun — mit *v. Wagner* und *Pilcz* — vermittelst des *Koch*schen Alttuberkulins, sei es — mit *Donáth*, *Fischer* u. a. — vermittelst Injektionen von nukleinsaurem Natrium.

Unsere beiden Fälle mögen hier folgen:

Fall I. O. M., 33 jähriger Subalternbeamter a. D. Heredität = 0. Gute Anlagen. Realschule. Brachte es beim Militär bis zum Unteroffizier, wurde schließlich Landgerichtsprotokollist, war ein tüchtiger Beamter.

Etwa mit 20 Jahren luische Infektion. Angeblich, nächst dem Schanker, sehr schmerzhafte Schwellungen der Leistendrüsen, nächtliche Kopfschmerzen und im weiteren Verlauf spezifische Alopezie. In den Zwischenjahren angeblich keinerlei Erscheinungen, weder Exantheme noch Knochenaffektionen usw. Irgendwelche ärztliche Behandlung fand nicht statt.

[1]) Aus der Großh. Landesirrenanstalt bei Strelitz-Alt.



Etwa 7 Jahre nach der Infektion, 1906, wurden gewisse psychische Veränderungen an ihm bemerkt. M. trieb sich ganz gegen seine Gewohnheit in Kneipen umher und trank viel, kam gelegentlich in schlechte Gesellschaft. Mitte 1909 wurde er nachlässig im Amte, kam betrunken oder auch gar nicht zum Dienst. Als er einmal einen Betrag nicht ablieferte, wurde er kurzerhand entlassen.

Kam dann vorübergehend in die Trinkerabteilung zu Kropp-Schleswig, wo er eine Schmierkur durchmachte. Ende 1909 will M. zwei Anfälle von Bewußtlosigkeit, mit Zungenbiß, gehabt haben, einen dritten Anfang 1910 in Chemnitz, woraufhin er dort vorübergehend ins Krankenhaus kam. Sodann, Februar 1910, laut ärztlichem Zeugnis, akutes Delirium tremens, mit Sprachstörungen, Fehlen der Patellarreflexe, Alkoholneuritis der Beine. Lichtreaktion der Pupillen war erhalten, doch wenig ausgiebig.

11. August 1910 mit dem Verdacht auf Paralyse in die Anstalt aufgenommen.

Spuren der überstandenen Lues nachweisbar.

Aus dem Befund: R. Pupille > l., R. L. beiderseits fast erloschen. R. C. erhalten. Romberg +. Patellarreflexe sehr lebhaft. Fußklonus angedeutet. Gesichtszüge sehr schlaff, rechtseitige Fazialisparese. Gang bei plötzlichen Wendungen stark schwankend. Deutliche motorisch-artikulatorische Sprachstörung.

Stimmung meist gedrückt. Pat. wurde bald, entsprechend seiner Berufsgewohnheit, mit leichterer Schreibarbeit beschäftigt, meinte aber, sie falle ihm schwer. Auch fiel die sehr zitterige Schrift auf. In der Folgezeit allerlei hypochondrische Klagen: innere Unruhe, Augenbeschwerden. Gelegentlich Suizidgedanken.

Eine Untersuchung mit der *Bumke*schen Pupillenlupe ergibt (16. XII. 1910): Beiderseits ausgesprochene Verzerrung der Iris. R. L. sehr träge.

24. XII. 10. Subkutane Injektion von 0,6 Salvarsan, medial der r. Skapula.

25. XII. 10. Kein Fieber. Pat. ging aber zu Bett, klagte über Schwindel und Augenschmerzen.

27. XII. 10. Völliges Wohlbefinden.

Im Laufe der folgenden Wochen entwickelte sich nun, um die Einstichstelle, ein schmerzhaftes Infiltrat, das gelegentlich zu leichten Fiebererscheinungen führte und schließlich im Zentrum eitrig einschmolz. Die völlige Heilung beanspruchte mehrere Monate. Der Kranke kam dabei körperlich ziemlich herunter, sah elend und abgefallen aus.

19. I. 11. Wegen häufiger Augenbeschwerden Augenspiegelung. Hintergrund normal. R. Pup. vielseitig verzogen. R. L. +. L. Pup. nur wenig verzogen, fast rund. R. L. +, doch weniger ausgiebig.



26. I. 11. Gefühl von Schwäche in der r. Hand. Der Druck der r. Faust < l.

24. II. 11. Subkutaninjektion von 0,6 Salvarsan, medial d. l. Skap., an zwei etwa 10 cm untereinanderliegenden Stellen.

25. II. 11. Injektionsstellen sehr schmerzhaft.

Auch hier bedurfte die Heilung mehrerer Wochen. Auch kam es, trotz peinlichster Asepsis, hier und da zu geringfügiger Temperaturerhöhung — bis 37,3 — und Eiterbildung.

27. II. 11. Beide Pupillen eckig verzogen. R. L. beiderseits fast ganz erloschen. Sonstige Reflexe o. B. Schrift und Sprache intakt. Gang ungestört.

Abgesehen von der Besserung in Schrift, Sprache und Gang, war also ein wesentlicher Einfluß des Salvarsans auf den Krankheitprozeß nicht nachweisbar. Nach dem Pupillenbefunde zu urteilen, schien derselbe vielmehr fortzuschreiten. Wir gingen deshalb, nachdem wir uns über Einzelheiten des Verfahrens mit Prof. *Pilcz*-Wien verständigt, zur Anwendung von Tuberkulininjektionen über, und zwar bezogen wir das *Koch*sche Alttuberkulin. Als Injektionsstellen wurden abwechselnd die Innenseiten der Unterarme und Oberschenkel gewählt.

20. IV. 11.	Injektion	von 0,01	T.	Erzielte	Höchsttemperatur	36,7
22. IV. 11.	,,	,, 0,04	,,	,,	,,	37,8
29. IV. 11.	,,	,, 0,06	,,	,,	,,	39,8
2. V. 11.	,,	,, 0,07	,,	,,	,,	38,1
5. V. 11.	,,	,, 0,095	,,	,,	,,	39,4
9. V. 11.	,,	,, 0,125	,,	,,	,,	38,9
12. V. 11.	,,	,, 0,16	,,	,,	,,	37,4
14. V. 11.	,,	,, 0,2	,,	,,	,,	37,0
16. V. 11.	,,	,, 0,3	,,	,,	,,	37,0
23. V. 11.	,,	,, 0,585	,,	,,	,,	38,7
26. V. 11.	,,	,, 0,67	,,	,,	,,	37,3
31. V. 11.	,,	,, 0,9(!)	,,	,,	,,	37,5

Im ganzen wurden also 12 Injektionen gemacht. Die erzielte geringste Temperatur war 36,7. Die höchste 39,8. Im Durchschnitt betrug sie fast 38° C. Das Fieber trat nach 7—10 Stunden ein und hielt etwa einen Tag lang an. Stets wurde nach den Einspritzungen Bettruhe eingehalten. Die durch sie verursachten Beschwerden waren nicht unerheblich. Anfangs klagte M. einmal über Herzklopfen, später einmal über Dyspnoe. Die Injektionsstellen blieben meist schmerzfrei. Einmal kam es, kurz darnach, zur Schwellung und Rötung der Armlymphgefäße bis in die Achselhöhle. Baldiger Rückgang. Die hohe Temperatur am 30. IV. setzte mit heftigem Schüttelfrost ein. Kurz darauf entwickelte sich Herpes labialis, nebst einer stomatitis, die das Essen sehr erschwerte. Gurgelungen mit Borlösung und Perhydrol brachten schnelle Besserung. Der Schlaf litt entschieden. Sulfonal, Veronalnatrium und Morphin mußten öfters



herangezogen werden, ohne immer Erfolg zu haben. Ein paarmal, wohl infolge der Bettruhe, Verstopfung.

Die anfangs noch deprimierte Stimmung hob sich während der Behandlung, ohne jedoch von Bestand zu sein.

Es wurde nun, um nichts unversucht zu lassen, sogleich eine zweite Fieberkur mittels Natrium nucleinicum angeschlossen. Wir ließen die jeweilige Dosis, unter Zusatz von 1—2 g Kochsalz, zunächst in 50,0, später in 100,0 destillierten Wassers lösen und injizierten in der Regel, unter Chloräthylanästhesie, in beide Oberschenkel.

6. VI. Natr. nuclein. 1,0. Erzielte Höchsttemperatur 37,3° C.
9. VI. „ 2,5. „ „ 38,6° „

Bald nach dieser zweiten Injektion klagte Pat. wieder über seine Augen, besonders das rechte. Hatte Flimmern und das Gefühl eines Fleckes. Da diese Klagen nicht aufhören wollten, wurde am 11. VII. der Augenarzt Dr. *Buhtz*-Neubrandenburg zugezogen. Der ophthalmoskopische Befund ergab links normale Verhältnisse, rechts: Gefäße der Papille normal. Im umgekehrten Bilde, oben außen, sind die Grenzen ein wenig abgeblaßt und verwaschen. Gesichtsfeld für Farben normal, nasal für Rot und Grün eingeengt.

Pat., der offenbar Erblindung befürchtete, auch wohl von tabischer Sehnervenatrophie gehört oder gelesen hatte, war — anläßlich der bevorstehenden Untersuchung und während derselben — hochgradig aufgeregt und ängstlich. Kurz darnach, gegen 8 Uhr abends, erlitt er einen typisch-epileptiformen Anfall: stürzte bewußtlos hin. Zungenbiß, zyanotisch-blasses Gesicht, Pulsbeschleunigung. Dauer einige Minuten. Im Anschluß daran Benommenheit. Gegen 9 Uhr Klärung des Sensoriums. Am nächsten Tage ängstlich, fragt, was mit ihm gewesen sei. Kann sich auf nichts besinnen und erzählt, er habe schon von den letzten Vorgängen bei der Untersuchung nichts mehr gemerkt.

Es wurde nun zunächst die Kur zu Ende geführt.

20. VII.	Natr. nuclein.	2,0.	Höchsttemperatur	38,1° C.
27. VII.	„	3,0.	„	38,6° „
3. VIII.	„	4,0.	„	38,5° „
10. VIII.	„	5,0.	„	38,5° „
17. VIII.	„	6,0.	„	38,6° „

Die Injektionen wurden durchweg gut vertragen. Regelmäßige Bäder und kleine Gaben von Narkotizis sorgten für Schlaf. Die Stimmung blieb gut. Am 15. September Wassermannuntersuchung durch San.-R. Dr. *Wechselmann*-Berlin. Ergebnis: negativ. Im Anschluß daran 0,3 Salvarsan intravenös.

19. X. 11. als „gebessert“ entlassen.

M. begab sich zu seinem Bruder nach W. in Sa. und beschäftigte sich im Bureau einer großen Fabrik. Arbeitete dort bis zu 10 Stunden



täglich, sehr zur Zufriedenheit des Arbeitgebers. War zu den Verwandten manierlich und freundlich. Ärztliche Berichte günstig.

Am 4. II. 12., eines Sonntags, beging er im Bordell einen geschlechtlichen Exzeß, besuchte abends das Theater und erlitt dort wieder einen Anfall von kurzer Dauer. Nach Hause gebracht, sofort zu Bett. Am nächsten Morgen beabsichtigte er erst zum Arzt zu gehen, besann sich jedoch anders und ging, wie gewöhnlich, ins Bureau. Da es mit der Arbeit nicht recht klappte, auch die Bureaustunden noch nicht begonnen hatten, vertauschte er den Arbeitplatz mit der Kneipe, trank (morgens um 7!) 2—3 Glas Portwein und nahm sich eine ganze Flasche Portwein mit, die er nachher langsam im Bureau austrank. Nach dem Mittagessen, das er — wie gewöhnlich — bei seinem Bruder einnahm, kaufte er sich eine kleine Flasche Kognak, die er dann gleichfalls im Bureau leerte. Abends total betrunken. Am nächsten Morgen fuhr er, angeblich auf die Vorwürfe des Bruders hin, mit seinem letzten Gelde nach dem benachbarten Cr. und irrte dort planlos umher. Der Bruder, der mit M.s Arbeitgeber im Auto nachgeeilt war, wollte ihn mit nach Hause nehmen. Da M. sich jedoch weigerte, — Krankenhaus.

19. III. 12. wieder der Anstalt zugeführt. Ganz uneinsichtig. Will nicht begreifen, daß es mit der Stellung in W. endgültig aus sei. Fabelt davon, daß ihn doch der Staat probeweise wieder einstellen könnte. Pupillenbefund wie 27. II. 11. Sonst keinerlei besondere Wahrnehmungen.

Stimmung des Kranken seither durchweg leicht gedrückt. Zuweilen Selbstvorwürfe. Auch jetzt wieder gelegentlich Andeutungen von Suizidgedanken. (M. versucht sich durch das Personal größere Dosen von Schlafmitteln zu verschaffen, als verordnet.) Spaziergänge, Bäder und Sonnenbäder. Allmählich ruhiger. Auf dem Anstaltbureau mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt. Arbeitet durchaus zur Zufriedenheit und sehr korrekt. Gelegentlich auch selbständig. Macht sich jedoch immer wieder Gedanken über seine Zukunft. Stellte, nach ½jährigem Anstaltaufenthalt bei der Regierung den Antrag auf Wiederanstellung. Sehr aufgeregt, als dieser abschlägig beschieden wird. Fragt weinend: „Glaubt denn der Minister, ich bin jetzt ein Lump, nachdem ich doch 14 Jahre einwandfrei gedient habe?“ Sieht schwer ein, daß der Minister in seinem Falle kaum anders handeln kann. Ist neuerdings zuweilen in gereizter Stimmung, die sich gelegentlich gegen den Pat. S., von dem er sich herausgefordert glaubt, entlädt. Überhaupt ist ein gewisser geistiger Rückgang, im Sinne schwachsinnig-gereizter Apathie, wechselnd mit einiger Selbstüberschätzung, unverkennbar.

Mustern wir die Hauptzüge dieses Krankheitbildes, so finden wir, daß der Paralyseverdacht, trotz aller dafür sprechenden Begleitumstände, nicht aufrechtgehalten werden kann. Sprach- und Gehstörungen, Paresen und Augenbeschwerden kommen auch bei der

nicht gar so seltenen syphilitischen Pseudoparalyse vor. Die Schriftstörung glich vielmehr der eines Alkoholikers oder Senilen als der eines Paralytikers. Und was die paralytische Veränderung des Charakters anlangt, so kann bei unserem Kranken von einer solchen nicht eigentlich gesprochen werden. Sobald die Wirkung des Anfalls bzw. des Alkohols abklang, war M. wieder ganz der alte, d. h. derselbe korrekte, brauchbare Subalternbeamte wie vordem. So muß hier denn, wie bereits angedeutet, wohl die Diagnose einer syphilitischen Pseudoparalyse (*Kräpelin*) gestellt werden, in die sich die sämtlichen — jetzt allerdings zum Teil gebesserten oder zum Verschwinden gebrachten — Symptome gut einordnen lassen.

Bleibt noch die Frage nach der Begründung des eigentümlichen Typs von Alkoholismus, wie er bei M. hervortritt. Daß es sich nicht um einen Alkoholismus gewöhnlicher Art handelt, liegt auf der Hand. Seine nur temporäre Dauer, sein Gegensatz zu dem sonstigen Verhalten des Kranken sprechen ganz dagegen. Auch sind äußere Anlässe, die ihn etwa verschuldet haben könnten, nicht nachweisbar.

Auf die rechte Spur leiten uns hier die Anfälle, die seit Ende 1909 in meist größeren Abständen zur Erscheinung kamen. Um eine Alkoholepilepsie kann es sich keinesfalls handeln. Der Anfall trat ja jeweils nicht etwa nach dem Alkoholgenuß auf, sondern — umgekehrt — der Alkoholismus nach dem Anfall, wie gerade an dem letzten Anfall besonders klar ersichtlich. Und gerade dieses letztere Moment, das zeitliche Auftreten der Trinkneigung, weist uns auf die einzig richtige Auffassung: es handelt sich hier um eine syphilitisch bzw. pseudoparalytisch bedingte Epilepsie mit dipsomanischen Folgeerscheinungen. Unser Fall ist also insofern noch besonders lehrreich, als er ein neues, sehr instruktives und beweiskräftiges Beispiel ist für die neuerdings von mancher Seite angenommene innere Beziehung vieler dipsomanischer Affektionen zur Epilepsie.

Die Reihenfolge der Krankheiterscheinungen wäre also so anzusetzen: Erregung, Anfall, Alkoholismus. Die „Erregung" kann sich dabei in verschiedener Weise äußern, sei es nun — wie in W. — durch einen geschlechtlichen Exzeß, sei es durch erhöhte Reizbarkeit, Empfindlichkeit oder Zornmütigkeit. Jedenfalls gehört diese Erreg-



barkeit, die „Verstimmung", die bei M. sehr schön zu verfolgen ist, ipso facto zum epileptischen Symptomenkomplex selbst, mag sie sich nun in einem ausgebildeten Anfall entladen oder nicht.

Sicher geht man in der Annahme nicht fehl, daß die Lues bei M. eine schwere organische Veränderung des Gehirns gesetzt hat. Wenn auch der negative Wassermann vielleicht dafür spricht, daß heute aktives Virus nicht mehr im Körper kreist, so hat die frühere Aktivität dieses Virus immerhin zu einer — wohl kortikalen — Läsion geführt, deren gänzliche Heilung zum mindesten fraglich ist.

Unter der eingeschlagenen Therapie hat sich also wohl das Gesamtbefinden deutlich gebessert, insbesondere sind Schrift-, Gang-, Sprachstörungen wie auch die Augenbeschwerden unverkennbar zurückgegangen. Pupillenaffektion und Epilepsie aber bestehen fort, und es ist wenig wahrscheinlich, daß die für die kommenden Monate geplante Hg-Behandlung hier Wandel schaffen wird. M. wird augenblicklich dauernd mit Bureauarbeit beschäftigt und erhält mit gutem Erfolge Brom [1]).

Fall II. K. G., 36 jähriger Versicherungsbeamter a. D. Mutter lebt, ist gesund. Vater an Darmkrebs †, ein Stiefbruder (vom gleichen Vater) an Tuberkulose †. Pat. hat Gymnasialbildung, war gut begabt, hat es beim Militär zum Vizefeldwebel gebracht.

Luische Infektion vor einer Reihe von Jahren. Graue Salbe.

Mit 32 Jahren psychisch verändert: G. schlief schlecht, wurde reizbar, trank viel Porter und lebte verschwenderischer als sonst. Öffnete im Bureau grundlos Gas- und Wasserhähne. Die Schrift wurde schlechter, hieroglyphenartig, kaum zu lesen. Eines Tages prügelte er im Lokal unmotiviert Bekannte mit der Reitpeitsche, defäzierte in einem anderen Lokal öffentlich, schlug auf der Straße Scheiben ein, prügelte auch seine Mutter.

Isolierstube des Armenhauses in Neubrandenburg. Verwundete den Transporteur in seiner Wohnung durch einen Degenstich.

28. III. 1909 in die Anstalt aufgenommen.

Aus dem Befund: Schläfenarterien stark geschlängelt. Spärliches Kopfhaar. L. Pup. > r. Licht- und Konvergenzreaktion erhalten. Fußklonus. Patellar-R. gering. Achilles-R. — Sonstige Sehnen- und Muskel-

[1]) M. hat inzwischen eine Embarin-Kur (15 Inj. zu 1,3) durchgemacht. Er ist entlassen und arbeitet als Schreiber im Anstaltsbüro. Letzter Anfall 5. 1. 1913.



reflexe lebhaft. Kein Babinski. Sprache leicht motorisch gestört. Orientierungsvermögen erhalten. Merkfähigkeit herabgesetzt. Große Lücken und Unrichtigkeiten in den elementarsten Schulkenntnissen. Rechenvermögen fast = 0.

Pat. erzählt ganz affektlos von den Neubrandenburger Vorkommnissen, ist völlig kritik- und einsichtlos. Behauptet, täglich 20—30 Glas Bier und 4—5 Schnäpse getrunken zu haben.

31. III. Ohnmachtanfall nach dem Bade.

8. IV. Zeitlich ganz desorientiert.

14. IV. Uriniert auf den Fußboden. Beschmiert das Klosett mit Kot.

3. V. Anginöse Beschwerden.

21. V. Er sei ein Abkömmling Friedrich Wilhelms III., habe mehrere 100 000 Mark Vermögen.

30. V. Er sei gesund. Drängt auf Entlassung.

6. VI. Defäziert auf den Fußboden. Da sei gar nichts dabei.

10. VI. Uriniert in die Heizung.

26. VI. Singt und lärmt.

5. VII. Er habe 50 große Villen, Rennstall und Rennbahn, auch einen eigenen Architekten, dem er gestern erst 1 Million geschickt habe. In jeder Villa seien eine Haushälterin und zwei Mädchen „zum Vögeln". Draußen stehe sein Automobil.

14. VII. Schlug eine Scheibe ein.

In der Folgezeit zunächst vorwiegend unruhig-heiter, dann hypochondrisch-gedrückt. Näßte und schmutzte fast dauernd ein. Klagte über nächtliche „Krampfanfälle". In seinem Gehirn sei Taubendreck, er habe Harnröhrenausfluß „nach hinten". Er sei blind auf dem rechten Auge, habe „Halsschwindsucht". Mit der Kost oft unzufrieden. Gelegentlich Katheterismus erforderlich.

Im November 1910 wurde nun mit der Kur begonnen:

26. XI.	Natr. nuclein.	1,0.	Höchsttemperatur	39,1°	C.
4. XII.	„	1,0.	„	39,0°	„
14. XII.	„	1,0.	„	39,6°	„
28. XII.	„	1,0.	„	38,6°	„
11. I. 11.	„	1,5.	„	37,8°	„
21. I. 11.	„	1,5.	„	38,5°	„
31. I. 11.	„	2,0.	„	38,2°	„
10. II. 11.	„	2,5.	„	39,0°	„
18. II. 11.	„	2,5.	„	39,0°	„
27. II. 11.	„	3,0.	„	37,3°	„
14. III. 11.	„	4,0.	„	38,5°	„

Diese 11 Injektionen wurden in derselben Weise wie im vorigen Falle gemacht, abwechselnd in die oberen und die unteren Gliedmaßen, gelegentlich auch in die Schulter. Die geringste Maximaltemperatur betrug 37,3;



die höchste 39,6. Im Durchschnitt war sie 38,6. In der Regel trat die Höchsttemperatur nach etwa 10 Stunden ein. Das Fieber als solches jedoch — das ist ein bemerkenswerter Unterschied gegen Fall I — hielt oft noch den zweiten, ja, einmal sogar noch den dritten Tag über an und fiel dann langsam ab. Auch ging die durchschnittliche Höchsttemperatur über die von Fall I hinaus.

Ebenso waren die örtlichen Erscheinungen meist weit ausgesprochener. Die oft recht schmerzhafte Infiltration ging, trotz entsprechender Behandlung, langsamer zurück, so daß dieserhalb größere Pausen zwischen den einzelnen Einspritzungen notwendig wurden.

Das Allgemeinbefinden war nie wesentlich gestört. Nach der dritten Einspritzung nahm Pat. sogar an der Weihnachtfeier teil und zeigte sich davon ganz befriedigt. Zuweilen widersetzte er sich aber auch der Behandlung und mußte während der Prozedur von mehreren Pflegern gehalten werden.

Die Größenideen bestanden dabei fort. G. erklärte, aus fürstlichem Geblüt zu stammen, denn sein Urgroßvater sei Kutscher bei der Königin Luise gewesen. Er sei mit den Hohenzollern verwandt, habe eine Milliarde geerbt, sei Freimaurer und „wisse alles, dürfe aber nichts sagen". Nennt den Abteilungsarzt einmal „Exzellenz" oder „Geheimer Sanitätsrat", ein andermal „Lump", „Gauner" usw. Viele unanständige Redensarten. Manchmal beschmutzt und beschmiert er alles, läuft nackt im Saale umher, versucht mit anderen Kranken zu masturbieren. Zuweilen unbesinnlicher, konfus-benommener Eindruck. Verfaßt zahlreiche, ideenflüchtige, ganz unsinnige Schriftstücke. Häufige Dauerbäder. Schlaf nur auf reichliche Narkotika (2,0—4,0 Sulfonal und dergl.).

25. I. 11. Pupillenbefund: l. Pup. > r. R. L. r. schwach, l. —. Patellarreflex l. +, doch schwach, r. —. Romberg +.

Ende März und im April oft sehr erregt, spektakelt, zertrümmert Scheiben. Vorübergehend Isolierung notwendig. Sprache zuweilen kaum verständlich.

4. IV. Sieht Gestalten an der Wand, verkennt Arzt und Pfleger. Geräusche über beiden Lungenspitzen. Fieber. Starke Gewichtsabnahme.

6. IV. Rötung in der Kreuzbeingegend. Ganz wirr. Hat seine Decke zerrissen und die Streifen um den Hals geschlungen. Erhält feste Decke.

10. IV. Auf der Brust diffuses, großpapulöses Exanthem.

15. IV. In den letzten Tagen mehrfach Katheterismus.

1. V. Temperatur 38,8. Leichte Verkürzung über den Lungenspitzen.

13. V. Subkutaninjektion von 0,11 Salvarsan in Hadra-Emulsion. unterhalb des l. Schulterblattes.

15. V. Exanthem merklich abgeblaßt. Wohlbefinden.

16. V. Ruhig. Nennt den Arzt „Herr Davidsohn".



20. V. Injektion wie oben, unterhalb des r. Schulterblattes.

30. V. Desgleichen, unterhalb des l. Schulterblattes.

14. VI. Er sei „Maikäferkönig" und „Künstler".

16. VI. Er sei der Urgroßvater seines Vaters.

Pat. steht einige Stunden täglich auf, ist hie und da laut, doch immer leicht zu beruhigen.

25. VII. Injektion wie oben rechts.

2. VIII. bis 24. VIII. Blühende Größenideen von stets wechselndem Inhalt. Sagt, er sei „Professor Lassar", „Alfred v. Schaper", „Graf Pfeil", „der Apostel Paulus", „Exzellenz von Angelo", „Fürst Bismarck". Er sei 1000 Jahre alt, 1700 geboren, werde ewig leben, spreche 6 Sprachen.

7. X. Da im ganzen weit ruhiger, wird G. nach der Pensionärabteilung zurückverlegt. Er ist jetzt meist ganz manierlich, ruhig, verträglich, sauber. Gegen die hie und da auftretende Blasenlähmung: Ente. Stimmung durchweg gut, euphorisch. Keine Lungenerscheinungen mehr. Starke Gewichtzunahme. Das Spiel wechselnder Größenideen hat aufgehört. Der ganz verblödete Pat. nennt sich jetzt andauernd nur noch „Fürst Bismarck". Sprache verwaschen, langsam, am Wort klebend, artikulatorisch gestört, wie oben, doch vollkommen verständlich. Pupillenbefund wie 25. I. 11.

Dieser Zustand des Pat. ist nunmehr fast $1^1/_2$ Jahre stationär geblieben, ohne die Neigung zur akuten Verschlimmerung zu zeigen, so daß von einem nahe bevorstehenden Ende zurzeit nicht geredet werden kann.

Fragen wir uns nach der Wirkung der eingeschlagenen Kurverfahren, so kann m. E. kein Zweifel bestehen, daß die Natrium nucleinicum-Behandlung anscheinend völlig wirkunglos war. Die paralytischen Erscheinungen erfuhren eher eine Steigerung als Minderung. Die agitierte Unruhe, die Unsauberkeit, die Verworrenheit nahmen zu. Ja, gelegentlich trat Selbstmordneigung hervor.

Von Interesse ist die starke lokale wie allgemeine Reaktion auf die Injektionen, die vielleicht auf ein noch im Organismus kreisendes lebendes Virus hinweist (?). Von Interesse ist auch das im Anschluß an jene Injektionen beobachtete Aufflackern eines Lungenspitzenprozesses, der möglicherweise zu den Fiebererscheinungen nach Tuberkulininjektionen in Parallele gesetzt werden darf. Hierzu trat Anfang April als dritte auffallende Erscheinung das großpapulöse Exanthem auf der Brust, das uns den ganzen Vorgang etwa als eine Art von *Herxheimer*scher Reaktion erscheinen läßt.



Für die Auffassung des Exanthems als luische Manifestation spricht auch sein promptes Verschwinden kurz nach der ersten Salvarsaninjektion, das — im Verein mit dem Wohlbefinden — wie ein Schulfall wirkt.

Wie weit das seitherige Stationärbleiben des Gesamtzustandes auf Rechnung der Salvarsanbehandlung zu setzen ist, mag dahingestellt bleiben. Vielleicht ist die gegen den sonstigen rapiden Verlauf des Falles sehr abstechende Ruhefrist lediglich als remittierendes, zeitweiliges Aussetzen des fortschreitenden Lähmungsprozesses aufzufassen. Vielleicht aber ist sie in der Tat ein Zeichen, daß das vorher im Körper aktive Virus nun vernichtet ist.

Die Kur mit dem gleichen oder mit anderen Mitteln fortzusetzen, schien nicht angezeigt, da bei der ruhigen Demenz des Kranken auf einen weitergehenden Erfolg keinesfalls zu hoffen war.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

X. Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater in Regensburg am 29. und 30. Juni 1912.

Die Sitzungen finden im Festsaale der oberpfälzischen Heil- und Pflegeanstalt statt.

Den Vorsitz führen: *Vocke*-Eglfing und *Alzheimer*-München.

Als Schriftführer fungieren: *Isserlin*-München und *von Hösslin*-Eglfing.

Anwesend sind die Herren: Oberregierungsrat *Luxemburger* im Kgl. Staatsministerium des Innern, Regierungsrat *Engel* und Regierungs- und Medizinalrat Dr. *von Burgl*, beide an der Kgl. Kreis-Regierung von Oberpfalz und Regensburg, *Adam*-Wöllershof, *Allers*-München, *Alzheimer*-München, *Ast*-Eglfing, *Beyer*-Herzogshöhe, *Boccale*-Regensburg, *Bott*-Bamberg, *Dees*-Gabersee, *Ellmann*-Wöllershof, *Feldkirchner*-Regensburg, *Filsner*-Ingolstadt, *Gudden*-München, *Harlander*-Regensburg, *Herfeldt*-Ansbach, *Herrich-Schäfer*-Regensburg, *Hock*-Bayreuth, *von Hößlin*-Eglfing, *Hussel*-Ansbach, *Isserlin*-München, *Karrer*-Klingenmünster, *Kaufmann*-Werneck, *Köberlin*-Erlangen, *Kraepelin*-München, *Kundt*-Deggendorf, *Maier*-Burghölzli, *Maier*-Regensburg, *Meggendorfer*-München, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *von Rad*-Nürnberg, *Rein*-Landsberg in Brandenburg, *Rehm*-Neufriedenheim, *Renninger*-Regensburg, *Roth*-Landau i. Pfalz, *Schnorr von Carolsfeld*-Obersendling, *Sittig*-Prag, *Troll*-Gabersee, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vith*-Nürnberg, *Vocke*-Eglfing, *Wagner*-Bayreuth, *Zastera*-Dobrzan.

Vocke-Eglfing eröffnet die Versammlung und begrüßt die Anwesenden, insbesondere Herrn Oberregierungsrat *Luxenburger*, der im Hinblick auf das Referat über psychiatrische Jugendfürsorge erschienen ist, die beiden Referenten von der Kreisregierung und die auswärtigen Gäste. Hierauf erinnert der Vorsitzende, daß heute die 10. Jahresversammlung ist. „9 Referate, 63 Vorträge, 9 Vorträge mit Krankenvorstellungen und 8 Anstaltsbesichtigungen bildeten das Programm der bisherigen 9 Versammlungen. 23 weitere angemeldete Vorträge fielen zum Teil wegen Verhinderung, zum Teil wegen Zeitmangel aus. Dankbar gedenken wir bei diesem Rückblicke der Vortragenden und der Veranstalter für unsere



Tagungen. Die Wahrnehmung der Standesinteressen nahmen in unseren Verhandlungen nur einen bescheidenen Raum ein. Dem Entgegenkommen des Kgl. Staatsministeriums des Innern verdanken wir in dieser Richtung die Gewährung von Zuschüssen zur Teilnahme an wissenschaftlichen Versammlungen, die Gehaltsregulierung der Ärzte an den öffentlichen Anstalten und die namhafte Erhöhung der Gebühren für die psychiatrische Sachverständigentätigkeit an den Gerichten."

„Die vorjährigen Referate über Familienpflege sind dem Kgl. Staatsministerium des Innern und den 8 Kreisregierungen in je mehreren Exemplaren mitgeteilt worden.

Bezüglich der Statistik der Irrenanstalten hat das Staatsministerium des Innern auf unsere Eingabe die Ausfüllung der Tabellen II—X bis auf weiteres erlassen und der Deutsche Verein für Psychiatrie unserem Antrage entsprechend auf der diesjährigen Jahresversammlung in Kiel eine statistische Kommission gewählt."

Bei Bekanntgabe des Mitgliederstandes (Stand im Vorjahre 92, 1 Abgang, 8 Zugänge, jetziger Stand 99) hebt der Vorsitzende hervor, daß der Verein im abgelaufenen Jahre zwar nur 1 Mitglied (*Köhler*-Gabersee) durch Pensionierung verloren habe, daß ihm aber ein schwerer Verlust durch die Berufung des Herrn Professor *Alzheimer* nach Breslau bevorstehe. Er dankt unter lebhaftem Beifall der Versammlung diesem für die großen Verdienste, die er sich um den Verein und die Psychiatrie in Bayern überhaupt erworben habe durch seine langjährige Tätigkeit im Vorstande des Vereins, durch seine Vorträge und Demonstrationen bei den Versammlungen und Fortbildungskursen und durch die Anknüpfung und Unterhaltung reger Beziehungen zu den Anstalten. Der Antrag, Herrn Professor *Alzheimer* zum Ehrenmitgliede des Vereins zu ernennen, findet allseitige freudige Zustimmung.

Begrüßungsschreiben sind eingelaufen vom ärztlichen Bezirksverein und vom ärztlichen Standesverein Regensburg, von Medizinalrat *Kreuser*-Winnental und Sanitätsrat *Fauser*-Stuttgart.

Die Jahresrechnung schließt ab mit

Einnahmen	432 29 M.,	
Ausgaben	217,09 M.	
Vermögensstand	815,20 M.	(einschließlich 600 M. in Pfandbriefen).

Nach Prüfung der Rechnung samt Belegen durch Herrn *Herfeldt* wird dem Schriftführer und Kassierer Herrn *Brandl*-Eglfing Entlastung erteilt und der Dank für seine Bemühungen ausgesprochen.

Der Jahresbeitrag für das kommende Vereinsjahr wird wiederum auf drei Mark festgesetzt.

Hierauf erstatten die Herren *Isserlin* und *Gudden*-München das Referat: Psychiatrische Jugendfürsorge.



Die Referate erscheinen in extenso in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Diskussion. — *Rein*-Landsberg: Auf dem Allgemeinen Fürsorgeerziehungstag in Dresden (24. bis 26. Juni 1912) wurde die Notwendigkeit der psychiatrischen Mitarbeit bei der Fürsorgeerziehung allgemein anerkannt und betont, sowohl von den Vertretern der Staatsbehörden (preußischen und sächsischen) und preußischen Provinzialverwaltungen als auch von den geistlichen und pädagogischen Leitern der Erziehungsanstalten, während von diesen noch 1910 in Rostock teilweise energischer Widerspruch gegen die Forderung psychiatrisch geleiteter Anstalten für die psychopathischen Fürsorgezöglinge erhoben wurde. In Jahrgang 1912, Nr. 96, der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger wird von pädagogischer Seite verlangt, die Beobachtungsstationen für psychopathische Zöglinge nicht an Irrenanstalten, sondern an Erziehungsanstalten anzugliedern, wo mit psychiatrischer Hilfe die Unerziehbaren ausgesucht werden sollen; diese nur sollen in psychiatrisch geleitete Anstalten kommen. *Mönkemöller* sowie auch *Schnitzer* scheinen bei den älteren psychopathischen Zöglingen die Diagnose Dementia praecox jetzt doch öfter zu stellen.

Kraepelin-München regt an, eine Resolution zu fassen, dahingehend, daß einmal baldmöglichst die gesamten Zwangszöglinge psychiatrisch untersucht werden, und daß weiterhin kein Zwangszögling in die pädagogisch geleiteten Anstalten aufgenommen werden dürfe, der nicht vorher vom Irrenarzte untersucht und nach Bedarf beobachtet worden ist. Es sei eine psychiatrisch geleitete Zentralanstalt zu schaffen, an der solche Beobachtungen stattfinden können, am besten in der Nähe einer pädagogisch geleiteten Fürsorgeanstalt.

Vocke-Eglfing: Das Vordringlichste ist jedenfalls die Erfüllung der Forderungen in These 4 des Herrn Referenten: die psychiatrische Inventarisierung der gegenwärtigen Fürsorgezöglinge und die psychiatrische Untersuchung aller neuen Zöglinge. Ich bin selbst Konsiliarius an einer Anstalt, welche Zwangserziehungszöglinge beherbergt, allein in dieser Eigenschaft sieht man nur die Zöglinge, zu welchen man gerufen wird, nicht die andern. Trotz dieser beschränkten Tätigkeit kann ich einerseits den guten Einfluß der besseren Elemente auch auf leichtere Fälle von Schwachsinn und auf willensschwache Individuen bestätigen und andrerseits die überaus ungünstige Einwirkung der schwer oder gar nicht Erziehbaren auf ihre Umgebung. Die Schaffung von Sonderanstalten oder Sonderabteilungen ist daher unbedingt nötig, wenn nicht der ganze Wert der Zwangserziehung gefährdet werden soll.

Dees-Gabersee: Für die Zwangserziehungsanstalt in Wasserburg besteht bereits die Vorschrift, auf deren Erfüllung seitens der Kgl. Regierung von Oberbayern strenge gesehen wird, daß die Zöglinge beim

Eintritt psychiatrisch, d. h. von einem der Ärzte der Anstalt Gabersee, untersucht werden, und auch ein kurzer Status wird über jeden Zögling aufgenommen. Die erste These ist demnach in Wasserburg bereits genügend erfüllt. Der Arzt ist nicht etwa bloß Konsiliarius, sondern ad hoc von Aufsichts wegen bestimmt und muß von jeder Aufnahme verständigt werden.

Rehm-Neufriedenheim: In Oberbayern wird in der nächsten Zeit in der ärztlichen Fürsorge für die Schwachsinnigen ein Schritt vorwärts geschehen. Es war im letzten Jahre von den ärztlichen Mitgliedern des Landrats der Antrag gestellt worden, die oberbayerischen (Privat-) Idiotenanstalten unter psychiatrische Leitung zu stellen. Die Instruktion dieses Antrages seitens der Kgl. Regierung hat ergeben, daß dieser Antrag nicht ausgeführt werden kann, wenigstens zurzeit nicht, weil es an einer gesetzlichen Handhabe fehlt, die Privat-Idiotenanstalten zur Zulassung einer psychiatrischen Direktion zu zwingen. Die Regierung hat dafür dem Landratsausschuß vorgeschlagen, es solle ein Arzt der neuen Anstalt Haar mit der dauernden Beaufsichtigung der Anstalten beauftragt werden, und zwar solle dieser Arzt in jeder Anstalt gleich mehrere Wochen wohnen, damit er die Kranken untersuchen und zugleich Anweisungen für die Pflege und Behandlung geben kann. Zweitens soll durch Verordnung festgesetzt werden, daß in die Privatidiotenanstalten nur solche kranke Kinder aufgenommen werden dürfen, die zuvor einer Beobachtung in dem Kinderhaus in Haar unterzogen worden sind. Diese Vorschläge wurden vom ständigen Landratsausschuß angenommen und die Bereitwilligkeit ausgedrückt, die Kosten zu bewilligen. Wenn diese Vorschläge durchgeführt werden, so ist ein Schritt vorwärts geschehen in der Richtung unserer Wünsche.

Oberregierungsrat *Luxemburger*: Da auf die Staatserziehungsanstalt Wasserburg Bezug genommen wurde, kann ich mitteilen, daß bei den drei Staatserziehungsanstalten fachärztliche Überwachung des Geisteszustandes der Zöglinge eingeführt ist, in Wasserburg durch die Heil- und Pflegeanstalt Gabersee, in Würzburg durch die dortige psychiatrische Universitätsklinik und in Speyer durch die Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal. Ferner werden zurzeit die meisten Anstalten in Mittelfranken durch die psychiatrische Klinik Erlangen hinsichtlich des Geisteszustandes der Zöglinge durchuntersucht. Schon hieraus geht hervor, daß auch in Bayern ein Anfang bereits gemacht ist.

Isserlin-München (Schlußwort): Auf die Anregung des Herrn *Rein* möchte ich erwidern, daß gewiß nicht daran zu zweifeln ist, daß unter den als psychopathisch oder sonst abnorm bezeichneten Kindern und Jugendlichen später ein mehr oder minder großer Teil an Dementia praecox erkrankt oder sich als anders krank erweist. In den Lebensaltern, die hier in Betracht kommen, wird aber die Diagnose Dementia praecox selten gestellt. — Hinsichtlich der Beobachtungsstationen möchte ich doch em-

pfehlen, an die getrennten Aufgaben von Erziehung und Beobachtung zu denken. Sondererziehungsanstalten werden nur einige wenige im ganzen Königreich nötig sein, während wir dafür eintreten, daß möglichst alle der Fürsorgeerziehung Überwiesenen möglichst frühzeitig ärztlich untersucht werden sollen. Diese umfangreiche Aufgabe können die Sonderanstalten unmöglich allein erledigen, und es wäre auch überflüssig, alle Zöglinge nach diesen Anstalten zu senden, zumal es sich sehr häufig nur um ganz kurze Untersuchungen handeln wird. Es sind darum auch Untersuchungszentralen bzw. Beobachtungsstationen notwendig. Für diese letzteren wären besonders die Universitätskliniken und Irrenanstalten geeignet. Daneben könnte die Sonderanstalt auch als Untersuchungsstation besonders für längere Beobachtungen in Anspruch genommen werden.

An der Diskussion beteiligten sich noch die Herren *Alzheimer* und *Gudden*-München (Schlußwort).

Hierauf stellt *Kundt*-Deggendorf außerhalb der Tagesordnung den Antrag, der Vorstand wolle dem Präsidium der Kammer der Abgeordneten folgende Resolution unterbreitenmit der Bitte, sie dem Plenum zur Kenntnis zu bringen: „Die am 29. Juni in Regensburg versammelten bayerischen Psychiater richten unter Bezugnahme auf das bereits im Jahre 1903 vom bayerischen Psychiatertag festgestellte Bedürfnis an das Kgl. Staatsministerium und die hohen Kammern des bayerischen Landtags das dringende Ersuchen, die unbedingt notwendige Fürsorge für die Heilung von Trinkern endlich in Angriff zu nehmen und die baldige Errichtung einer Trinkerheilstätte durch Bewilligung eines Staatszuschusses zu ermöglichen.“

Zur Begründung seines Antrages führt *Kundt* aus: Die Frage der Errichtung von Trinkerheilstätten hat unsern Verein im Verlaufe seines zehnjährigen Bestehens wiederholt beschäftigt. Seit der Formulierung unserer ärztlichen Forderungen durch *Link* im Jahre 1903 sind wir praktisch unseren Wünschen nicht näher gekommen; theoretisch ist ein Fortschritt insofern zu verzeichnen, als die berufenen Instanzen sich mit der Frage ernstlich beschäftigen. Meines Wissens liegt die Sache zurzeit so, daß die Stadt München das Gelände und Gebäude zur Heilstätte, die oberbayerische Kreisvertretung 100 000 M. in 5 Jahresraten bewilligen will unter der Voraussetzung, daß seitens des doch zumeist interessierten Staates ein entsprechender Zuschuß zu den Betriebskosten geleistet wird. Es ist zu erwarten, daß diese Frage bei der Beratung des Etats des Ministeriums des Innern zur Sprache kommt. Ich glaube, daß es angezeigt ist, unseren Wünschen durch Überreichung obiger Resolution und durch neuerliche Betonung unseres ärztlichen Standpunktes Nachdruck zu verleihen.

In der Diskussion befürwortet *Rehm*-Neufriedenheim den Antrag und bittet um einstimmige Annahme. Bei der Bewilligung von 100 000 M. hatte der oberbayerische Landrat die Bedingung gestellt, daß



auch der Staat einen Zuschuß gebe. Die Anstalt kann, da die Stadt München ein passendes Gebäude zur Verfügung stellt, sofort eröffnet werden, wenn der Staat die beantragte Summe von 10 000 M. bewilligt. In den allernächsten Tagen wird in der Abgeordnetenkammer die Petition des Vereins zur Errichtung von Trinkerheilstätten zur Besprechung kommen. Es ist deshalb dringend notwendig, daß von unserer Seite noch einmal alles geschieht, um auf den Landtag einzuwirken.

An der Diskussion beteiligen sich noch die Herren *Dees* und *Kraepelin*.

Der Antrag *Kundt* wird hierauf einstimmig angenommen.

Hierauf wird zur Wahl des Vorstandes geschritten. An Stelle des ausscheidenden Herrn *Alzheimer* wird Herr *Rehm*-Neufriedenheim als 2. Vorsitzender gewählt. Die übrigen Herren des Vorstandes werden einstimmig wiedergewählt.

Als Ort für die nächste Jahresversammlung wird München bestimmt.

Eccard-Frankenthal hat einen Antrag eingebracht, daß der Verein anläßlich der geplanten Einführung einer staatlichen Prüfung von Krankenpflegepersonen dafür eintreten möge, daß für die Ausbildung und Prüfung von Personen, welche sich berufmäßig der Pflege von Geisteskranken widmen wollen, ebenfalls staatliche Vorschriften erlassen würden.

Kundt-Deggendorf glaubt, daß es überhaupt zweckmäßig sei, die ganze Frage des Wartpersonals, die sich im Laufe der Zeit, besonders in der letzten Zeit, wesentlich verschoben hat, neuerlich einer Prüfung im Vereine zu unterziehen und hierbei die von *Eccard* angeregte Frage eingehend mit zu erörtern.

Die Versammlung stimmt dem Vorschlage des Vorsitzenden zu, die Frage des Wartpersonals im Sinne der beiden Anregungen auf einer der nächsten Tagungen zu behandeln.

Hierauf wird in die Reihe der Vorträge eingetreten.

Dees-Gabersee: Die Beschäftigung der Kranken im Walde.

Der Vortrag erscheint in extenso in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.

In der Diskussion bestätigt *Karrer*-Klingenmünster die Erfahrungen des Vorredners aus seiner eigenen Erfahrung. Seit langen Jahren hat er von den Kranken im landwirtschaftlichen Hofe Waldarbeiten verrichten lassen: es handelte sich meist um die Aufforstung abgetriebener Waldflächen, welche für die Anstalt angekauft waren. Allsonntäglich werden von den Kranken Spaziergänge in den Wald gemacht. Bei der Grunderwerbung für die neue Anstalt Homburg gelang es ihm, den Ankauf eines mehrere hundert Hektar großen Waldes erfolgreich anzuregen.

Kraepelin-München: Über paranoide Erkrankungen.



Der Vortrag erscheint in extenso in der Zeitschrift für die ges. Psychiatrie und Neurologie.

Diskussion. — *von Hößlin*-Eglfing betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose der Paraphrenie gegenüber dem manisch-depressiven Irresein. Es gibt zweifellos auch Fälle von Manie, die mit verworrenen Wahnideen einhergehen und jahrzehntelang andauern, bis sich plötzlich eine typische Depression anschließt, welche die Diagnose sicherstellt. Da auch die Paraphrenie keine schweren Demenzzustände zu setzen braucht, darf die lange, unveränderte Dauer nicht als besonders schwerwiegendes differentialdiagnostisches Merkmal betrachtet werden. Bei den exogenen Paranoiaformen hat zweifellos der chronische Alkoholwahnsinn häufig die größte Ähnlichkeit mit Endzuständen der paranoiden Formen der Dementia praecox.

Kraepelin gibt ohne weiteres zu, daß die Zeitdauer allein kein genügendes diagnostisches Kriterium bietet; bei der einzigen Form der Paraphrenie aber, bei der die Verwechslung mit manisch-depressivem Irresein in Betracht kommen kann, finden wir noch eine ganze Reihe anderer Eigentümlichkeiten, die gegen ihren manischen Charakter sprechen, das Mißverhältnis zwischen ganz geringer Erregung und Unsinnigkeit der Wahnbildungen, das Fehlen der Ideenflucht, die Leere der Euphorie, endlich der Übergang in Schwachsinn, den man nach mehr als jahrzehntelanger Dauer wohl als endgültig betrachten kann. Daß die Endzustände der alkoholischen paranoischen Psychosen nicht immer gleich sind, ist richtig, ähnlich wie wir das bei der Dementia praecox sehen. Durch stärkere Ausprägung der dem *Korsakow*schen Komplex angehörenden Störungen können Bilder einer stumpfen Verblödung entstehen, die praktisch unter Umständen schwer von der Dementia praecox zu unterscheiden, aber ihr doch nicht wesensgleich sind.

Maier-Burghölzli möchte die echte Paranoia möglichst enge mit den psychogenen paranoiden Störungen zusammengebracht sehen, denn auch da spielt doch beim Ausbruch und in der Symptomatologie das „Erlebnis" oft eine recht große Rolle. M. macht darauf aufmerksam, daß *Bleuler* durchaus nicht die Paranoia in der Schizophrenie aufgehen lassen will; er nahm ja in seinem „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia" hierzu klar Stellung. *M.* glaubt, zwei Gruppen der Basis und der Disposition zur Paranoia gefunden zu haben. Angeboren unklare Vorstellungen, über die die Affekte leicht überwiegen können, und intelligente, die aber eine angeborene sehr lebhafte Affektivität mit großer Tenazität haben. Er macht ferner auf die große Differenz der Wahnbildung nach der Art der Paranoia (komplexmäßig, katathym) und der echt manisch-depressiven aufmerksam. *M.* frägt noch, ob zwischen der Verblödung bei Dementia praecox und bei Paraphrenie Unterschiede bestehen.

von Schnorr-Obersendling-München berichtet von einem Falle, der sich unter das Bild der Paraphrenia expansiva einreihen ließe. Es be-



stehen in dem Falle ausgesprochene Euphorie und sonstige exquisit manische Symptome neben paranoiden Wahnideen.

Kraepelin stimmt (im Schlußwort) der nahen Verwandtschaft des Querulantenwahns mit der echten Paranoia durchaus zu. Die Eigentümlichkeiten der paraphrenischen Verblödung bestehen in der Hauptsache darin, daß die kennzeichnenden schizophrenen Erscheinungen, der Zerfall der Persönlichkeit und die Willensstörungen, fehlen. Nur die phantastische Form nähert sich in dieser Beziehung etwas mehr der Dementia praecox.

Plaut-München: Zur forensischen Beurteilung der Kongenital-Luischen.

Vortr. schildert verschiedene Gruppen jugendlicher Krimineller mit kongenitaler Lues. Besonders häufig trifft man undisziplinierbare Psychopathen mit hochgradiger affektiver Erregbarkeit. Es wird auf die große Schwierigkeit der forensischen Beurteilung hingewiesen, und es gelangen zur Erörterung: 1. Psychopathen ohne neurologische Zeichen einer krankung des C. N. S.; 2. Psychopathen mit neurologischen Zeichen (Pupillenstarre usw.), aber ohne Symptome eines noch im Gange befindlichen organischen Prozesses; 3. Psychopathen mit neurologischen Zeichen bzw. biologischen Eigentümlichkeiten (4 Reaktionen), die auf einen noch nicht zum Abschluß gelangten Prozeß hinweisen; 4. Fälle von luischer Epilepsie.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.)

Diskussion: *Vocke*-Eglfing: Die vorgeschrittene Zeit wird uns leider nicht gestatten, die vom Herrn Vortragenden aufgeworfenen Fragen heute eingehend zu diskutieren, zumal da eine generelle Beantwortung gewiß auf Meinungsverschiedenheiten stoßen wird. In der Praxis wird, wie immer, der individuelle Fall und das vorliegende Reat maßgebend sein müssen. Aus der Fülle des interessanten Materials, das der Herr Vortragende uns vorgeführt hat, erscheint mir besonders hervorzuheben das Vorwiegen affektiver Störungen bei den Kongenital-Luischen.

Alzheimer-München: Einiges über die auf Entwicklungshemmungen beruhenden Idiotieformen.

(Der Vortrag wird anderweitig veröffentlicht werden.)

Keine Diskussion.

Hierauf dankt der Vorsitzende *Vocke*-Eglfing den Herren Vortragenden und schließt sodann die Versammlung.

Am nächsten Tage wurde die neue oberpfälzische Heil- und Pflegeanstalt Wöllershof bei Neustadt an der Waldnaab besichtigt unter der Führung des Herrn Direktors Dr. *Ellmann*. *Brandl*-Eglfing.



42. Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte in Straßburg (Psychiatrische Klinik) den 9. und 10. November 1912.

Anwesend waren die Herren *Aumüller*-Stephansfeld, *Bach*-Riehen, *Barbo*-Pforzheim, *Becker*-Metz, *Berliner*-Gießen, *Böckelmann*-Stephansfeld, *Böß*-Wiesloch, *Bumke*-Freiburg, *Buder*-Winnenthal, *Dietz*-Gießen, *Dittmar*-Straßburg, *Ebers*-Baden-Baden, *Ehrmann*-Kork, *Groß*-Rufach, *Grundler*-Emmendingen, *Hagmann*-Koblenz, *Hauptmann*-Freiburg, *Hecker*-Straßburg, *Heilig*-Straßburg, *Hey*-Straßburg, *Hoche*-Freiburg, *Hoppe*-Neckargemünd, *Jaeger*-Pforzheim, *Kallas*-Wiesloch, *Karrer*-Klingenmünster, *Krauß*-Kennenburg, *Kreuser*-Winnenthal, *Kühne*-Emmendingen, *Leva*-Straßburg, Hans W. *Maier*-Zürich, *Mayer*-Goddelau, *Metzger*-Heidelberg, *Nadler*-Emmendingen, *Neumann*-Karlsruhe, *Nißl*-Heidelberg, *Oster*-Illenau, *Pfersdorff*-Straßburg, *Pütterich*-Homburg, *Ransohoff*-Stephansfeld, *Reiß*-Tübingen, *Roemer*-Illenau, *Rosenfeld*-Straßburg, *Sandner*-Lörchingen, *Schiese*-Herborn, *Schlesinger*-Straßburg, *Stach von Goltzheim*-Dieuze, *Steiner*-Straßburg, *Stengel*-Lahr, *Thomsen*-Bonn, *Todt*-Straßburg, *Weil*-Stuttgart, *Wehmer*-Mühlheim, *Werner*-Winnenthal, *Wilmanns*-Heidelberg, *Wittermann*-Rufach, *Wollenberg*-Straßburg, *Woringer*-Schirmeck, *Zöllner*-Wesel.

Als Gäste waren anwesend die Herren Obergeneralarzt Dr. *Hecker*, Generalarzt Dr. *Brandt*, Prof. Dr. *Störring*-Straßburg.

1. Sitzung am 9. November 1912, 2½ Uhr.

Geschäftsführer waren: *Rosenfeld*-Straßburg und *Oster*-Illenau. Als Geschäftsführer begrüßt Herr Prof. *Rosenfeld* die Versammlung. Er eröffnet die Sitzung und gedenkt zunächst der im Laufe des verflossenen Jahres verstorbenen Kollegen, Direktor *Landerer*-Illenau, später Andernach, Geheimrat *Gutsch*-Karlsruhe, später Bruchsal, Medizinalrat *Stark*-Lörrach, früher Illenau, Dr. *Schemer* und Prof. *Cramer*, welcher im Jahre 1887 in Freiburg I. Assistent der Klinik war. Zu Vorsitzenden wurden für den ersten Tag *Wollenberg*-Straßburg, für den zweiten *Kreuser*-Winnenthal gewählt. Zu Schriftführern wurden bestellt die Herren *Steiner*-Straßburg und *Heilig*-Straßburg.

Die Versammlung begrüßt und ihr Fernbleiben entschuldigt haben die Herren *Aschaffenburg*-Köln, *Gaupp*-Tübingen, *Schüle*-Illenau.

Es folgte das Referat, das dem Beschluß der letzten Jahresversammlung entsprechend

Rosenfeld-Straßburg über „die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Erkrankungen"

hielt. Das Referat wird im folgenden Heft dieser Ztschr. veröffentlicht worden.



Diskussion. — *Hans W. Maier*-Zürich: Der Herr Referent hat gesagt, daß *Walthard* in seinen Ausführungen über die Psychotherapie für das Tätigkeitsfeld des Gynäkologen die Wirkung derselben überschätzt habe; denn er habe die leichten und nur wenige Tage dauernden manisch-depressiven Erscheinungen, die fälschlich für psychogene Störungen genommen werden, nicht in Betracht gezogen. Ich möchte gegen diese Aussetzung an den im übrigen auch vom Herrn Referenten anerkannten Anschauungen *Walthards* ein Wort einlegen. Die Psychotherapie ist gerade diesem Forscher für sein energisches und einsichtvolles Auftreten zu großem Dank verpflichtet. Einmal muß ich betonen, daß die kurzen manisch-depressiven Phasen im Vergleich zu der Masse der Neurosen und besonders derer, die in das Gebiet des Gynäkologen gehören, verschwindend selten sind. Und dann hat *Walthard* selbst stets betont, daß bei allen komplizierteren Fällen oder da, wo eine einfache Psychotherapie nicht bald Resultate zeigt, der für die Neurose sachverständige Spezialist zugezogen werden müsse. Dessen Aufgabe wird es sein, jene von dem Herrn Referenten betonten Fälle auszuscheiden. — Herr Prof. *Rosenfeld* hat die gleichartige Heredität des manisch-depressiven Irreseins betont. Ich erlaube mir darauf hinzuweisen, daß unter Umständen die Erforschung der Heredität auch differential-diagnostisch von Wichtigkeit werden kann. Wir haben z. B. in unserer Klinik zwei Geschwister beobachtet, deren Psychosen manisch-depressiven Verlauf mit relativ guten Remissionen hatten. Unserer Auffassung nach waren trotzdem die schizophrenen Züge so ausgesprochen, daß die Diagnose Dementia praecox gestellt werden mußte. Wir waren uns dabei aber klar, daß die beiden Kranken an andern Kliniken in die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins eingereiht worden wären. Die genaue Durchforschung der Heredität hat nun ergeben, daß in der Aszendenz eine Reihe von Katatonien, aber kein einziges zirkuläres Irresein vorkam. Eine solche Konstatierung dürfte bei einer Vertiefung unserer Kenntnisse auf diesem Gebiet für die diagnostische Einreihung eventuell mit von Wert sein.

Neumann-Karlsruhe weist auf somatische Äquivalente von manisch-depressiven Störungen hin, speziell auf Fälle von periodischen Störungen mit lokalen Schmerzanfällen, die sich nicht an das Verteilungsgebiet der peripheren Nerven halten, z. B. auch periodische Gelenkaffektionen.

Rosenfeld (Schlußwort) differiert von *Walthard* nur hinsichtlich der Erfolge der Psychotherapie. Er betont die Differenz des Materials, wie es dem Gynäkologen und wie es dem Psychiater zur Verfügung steht: der erstere bekommt offenbar mehr die Fälle mit psychogener Entstehung zu sehen, während der Psychiater mehr die echten manisch-depressiven Formen leichteren Grades zu beobachten Gelegenheit hat.

Schweitzer-Straßburg: Kritik und Probleme der psychiatrischen Leben-Jesu-Forschung.



Der Vortragende, der zugleich Theologe, Philosoph und Mediziner ist, machte auf die Notwendigkeit aufmerksam, der Pathographie Jesu Aufmerksamkeit zu schenken. Das Leben und die Anschauungen des Propheten von Nazareth bieten des Befremdlichen so viel, daß hervorragende Theologen und Historiker, wie *D. Fr. Strauß* und *H. J. Holtzmann*, eine gewisse Befürchtung äußerten, er könnte irgendwie für geisteskrank ausgegeben werden. Die psychiatrischen Studien von *Soury* (1878), *de Loosten* (Psychiater, 1905) und *Binet-Sanglé* (Psychiater, 1909—1912), die Paranoia statuieren, und die von *Rasmussen* (1905), der auf epileptisches Irresein erkennt, sind unwissenschaftlich gehalten. Auch die Gegenschriften von *Schäfer* (Psychiater, 1910) und andern können weder medizinisch noch historisch befriedigen. Für den geschichtlichen Status sind nur die beiden ersten Evangelien (Marcus und Matthäus) zu benutzen, die in der Hauptsache zuverlässig sind. In Wirklichkeit kennen wir von dem Leben Jesu nur die wenigen Monate zwischen seinem öffentlichen Auftreten und seinem Tode. Von diesen brachte er noch einen großen Teil in der Einsamkeit zu. Er lebte ganz in der spät-jüdischen Erwartung des Weltendes und eines nahen Kommens des ganz übernatürlich, als eine Art von Verwandlung der Welt, gedachten messianischen Reiches. Wie seine Zeitgenossen nahm er an, daß die zum messianischen Reich erwählten Menschen beim Weltende in engelgleiche Wesen verwandelt würden. Er erwartete, daß er dann als der Messias offenbart und mit übernatürlicher Macht ausgerüstet würde. Diesen Anspruch hielt er geheim. Das Volk erfuhr nie davon. Er blieb für dieses bis zu seiner Gefangennahme nur der Prophet aus Nazareth. Seinen Jüngern teilte er seine erwartete Würde wenige Wochen vor seinem Tode mit. Er ging mit Absicht in den Tod, weil er glaubte, damit die Sühne zu leisten, von der das Kommen des messianischen Reiches und seine Verwandlung in den übernatürlichen Messias abhingen.

Eine eingehende psychiatrische Analyse des in äußerst charakteristischen Einzelheiten vorliegenden Materials läßt erkennen, daß sich eine Geisteskrankheit aus den Quellen nicht erschließen läßt.

D i s k u s s i o n. — *Nissl* betont, daß es keine Aufgabe der Psychiatrie sei, Hilfsmittel der Historik zu sein. Jedenfalls sei auf Grund des vorliegenden Materials keine Diagnose möglich.

Hoche-Freiburg: Ich schließe mich dem Herrn Vorredner darin an, daß uns für eine wissenschaftliche Behandlung der Frage kein genügendes Material zur Verfügung steht. Dagegen glaube ich, daß wir dem Vortragenden, dem wir für seine gehaltvollen und anregenden Darlegungen sehr dankbar sein müssen, doch auch Rechenschaft darüber schuldig sind, a u s w e l c h e n G r ü n d e n die wissenschaftliche Psychiatrie eine Beantwortung seiner Frage ablehnen muß.

Zwei verschiedene Ströme führen zu den von ihm berichteten literarischen Ergebnissen. Der eine auf der m e d i z i n i s c h e n Seite



ist eine heute hervortretende zunehmende Tendenz, alle möglichen historischen Persönlichkeiten nachträglich auf ihren Geisteszustand zu untersuchen im Sinne der von *Möbius* inaugurierten Pathographie. Die Methode der Pathographie, die in den Händen von *Möbius* zu ernst zu nehmenden Ergebnissen geführt hat, hat in der Hand seiner Nachahmer vielfach zu bedauerlichen Auswüchsen Anlaß gegeben. Auf der Laienseite liegt bei der Beurteilung historischer Persönlichkeiten im psychiatrischen Sinne in der Regel eine Verkennung dessen, worauf es bei der geistigen Anomalie ankommt, zugrunde. So, wenn z. B. *Holtzmann*, den der Herr Vortragende zitierte, ausführt, daß ein bestimmter Inhalt irgendwelcher Vorstellungen bei Jesus an das Wahnhafte hinzustreifen scheine. In dem Inhalte krankhafter Ideen liegt in der Regel das eigentlich Pathologische nicht. Es ist derselbe Irrtum, wenn die Dichter sich für berechtigt halten, Personen, die sie in dem Stück als geisteskrank erscheinen lassen wollen, inhaltlich unsinnige Äußerungen in den Mund zu legen, oder wenn der Maßstab psychiatrischer Beurteilung an auffallende politische Stimmungen und Bewegungen angelegt wird. Aus dem Jahre 1848 existiert z. B. eine Doktorarbeit mit dem Titel: De morbo democratico, und auch der frühere Direktor von Stephansfeld, *Stark*, hat, wenn ich mich recht erinnere, von dem Gesichtspunkte der Krankhaftigkeit aus die Bewegung der französischen Kommune behandelt. Alles das ist unzulässig.

An sich wäre es ja denkbar, daß eine religiöse Sekte oder eine religiöse Bewegung von einem Geisteskranken gestiftet wird, und tatsächlich lehrt die Erfahrung, daß dergleichen vorkommt. Immerhin handelt es sich aber dabei in der Regel um eng umgrenzte, geographisch lokalisierte Dinge, die meist in sich zusammenfallen, sobald der geisteskranke Anreger durch den Tod oder durch seine Verbringung in eine Irrenanstalt als Führer ausscheidet. Es ist z. B. sehr wohl denkbar, daß unter den historischen Führern episodenhafter Bewegungen, wie die der Wiedertäufer und der Bilderstürmer, einzelne der prominenten Persönlichkeiten Geisteskranke gewesen sind. Immerhin würde aber schon die weltbeherrschende Rolle, die das Christentum spielt, an sich den Gedanken an Geisteskrankheit des Stifters paradox erscheinen lassen.

Das Material, welches uns zu einer psychiatrischen Beurteilung der geistigen Persönlichkeit von Jesus zur Verfügung steht, entspricht in keiner Weise den allerbescheidensten Anforderungen. Der Vortragende selbst hat uns auseinandergesetzt, daß wir nur einen verschwindend kleinen Ausschnitt aus dem ganzen Leben Jesu mit berichteten Einzeltatsachen belegen können, und in diesen liegt, wenn schon mal eine irgendwie geartete Antwort gegeben werden soll, meines Erachtens nicht das Geringste, was auf eine geistige Störung hinwiese. Im übrigen darf man wohl daran erinnern, daß selbst für historisch uns relativ nahestehende Personen, wie etwa für Napoleon, über den zu Tausen-



den eingehende Äußerungen seiner Zeitgenossen und seiner nächsten Umgebung vorliegen, die verhältnismäßig einfache Frage, ob er an Epilepsie gelitten hat oder nicht, heute nicht mit wissenschaftlicher Sicherheit beantwortet werden kann.

Thomsen ist gleichfalls der Überzeugung, daß eine psychiatrische Beurteilung historischer Personen aus längst vergangenen Zeiten lediglich auf Grund dürftiger Überlieferungen abgelehnt werden muß, da der ernsthafte und kritische Psychiater der Grenzen seines Wissens sich bewußt bleiben sollte und es unbedingt zu vermeiden ist, daß das Vorurteil des Publikums, der Psychiater menge sich in alles hinein, weitere Nahrung erhält.

Kreuser betont die Unmöglichkeit der Aufgabe, die sich der Vortragende gestellt hat; die Quellen würden nur ein unzureichendes Material für eine kritische Erforschung geben. — Die geistige Bewegung, die von Jesus ausgegangen sei, könne überhaupt nicht in Beziehung gestellt werden zu den Messiassen, wie sie sich in den psychiatrischen Anstalten befinden.

Wollenberg: Bei der Diskussion ist der eigentliche Zweck des *Schweitzer*schen Vortrags einigermaßen aus dem Gesichtskreise der Redner entschwunden. Herr *Schweitzer* hat ja selbst in seiner Einleitung betont, wie schwer es ist, auch kürzere Zeit zurückliegende Dinge lediglich aus Akten zu beurteilen, und wieviel schwerer, über eine Frage wie die hier vorliegende sich ein Urteil zu bilden. Die Personalunion des wissenschaftlich hochstehenden Theologen und des auch psychiatrisch gebildeten Arztes hat hier aber eine Frucht gezeitigt, die für uns sehr interessant und nützlich ist. Durch diese Verbindung, die sich so leicht nicht wiederholen dürfte, sind wir nämlich in den Stand gesetzt, die geschichtlichen Quellen einmal zu übersehen und zu erkennen, mit welcher Voreingenommenheit und Oberflächlichkeit, um nicht zu sagen Leichtfertigkeit, auf diesem Gebiet gerade auch von Psychiatern gearbeitet worden ist. Es kann uns nur erwünscht sein, daß hier einmal gründlich aufgeräumt wird, und dafür sind wir Herrn *Schweitzer* zu großem Dank verpflichtet. Der Vortragende hat selbst wohl kaum erwartet, daß man hier zu einem andern Resultat kommen würde als zu dem von ihm selbst auf Grund vieljähriger kritischer Quellenstudien gewonnenen, daß nämlich die Schlußfolgerungen der Autoren, welche sich auf diesem Gebiet betätigt haben, unhaltbar sind.

Schweitzer (Schlußwort): Daß die Wissenschaften sich zu einer Universität zusammengeschlossen haben, bedeutet, daß jede der andern helfen soll und jede auf die andere angewiesen ist. Neben ihren Fachaufgaben hat jede nach Möglichkeit an den Kulturaufgaben mitzuwirken. In den Geschichtswissenschaften zirkulieren eine Unmenge Pathographien über historische Persönlichkeiten, zum Teil von Ärzten und Psychiatern gezeichnet. So auch hinsichtlich der Leben Jesu-Forschung. Es ist also falsch, zu behaupten, daß die Psychiatrie ihr Urteil nicht abgeben solle.

um nicht „unwissenschaftlich“ zu werden. Denn diese Zurückhaltung schafft jene Literatur gar nicht aus der Welt. Will man der wildernden Psychiatrie das Handwerk legen, so ist notwendig, daß die ernsthafte Psychiatrie sich mit den geschichtlichen Persönlichkeiten befaßt. Sie kann ihr Urteil mit allen Kautelen umgeben und die Möglichkeit eines sicheren Ergebnisses betonen. Aber sie muß ihr relatives Urteil abgeben und so den Phantasien, die gerade von einer gewissen Literaturpsychiatrie in die Welt gesetzt werden, ein Ende setzen. Darum ist eine ernste geschichtliche Psychiatrie, so unerquicklich und unbefriedigend sie vom Standpunkte der reinen Wissenschaft auch sein mag, vom Standpunkte der Universitas und der Kultur geboten. Diejenigen, die sich dieser Einsicht verschließen, zeigen, daß sie über der Fachwissenschaft die Kultur aus dem Auge verloren haben.

Bumke-Freiburg i. B.: Plethysmographische Untersuchungen bei Dementia praecox-Kranken.

Vortragender hat seine früher mit *Kehrer* begonnenen Untersuchungen über das Verhalten der Volumkurve bei Dementia praecox-Kranken, zum Teil mit Unterstützung von Dr. *Küppers*, fortgesetzt. Es wurden im ganzen 40 Patienten untersucht, von denen 30 der katatonischen, die übrigen der hebephrenischen Verlaufsform angehörten. Bei 21 Katatonikern (also bei 70 %) und bei 3 Hebephrenen (30 %) wurde die Senkung der Volumkurve, die im Gefolge von sensiblen Reizen aller Art bei Gesunden auftritt, vermißt. Das Ergebnis entspricht somit den Resultaten, die bisher hinsichtlich des Fehlens der Psychoreflexe der Pupillen bei Dementia praecox-Kranken erzielt worden sind. (Vorkommen in 60 % aller Fälle mit Ausschluß der Dementia paranoides, bei der beide Symptome so gut wie immer vermißt werden, überwiegende Beteiligung der Katatonie, besonders häufiges Auftreten auf der Höhe des Stupors, gelegentliches Vorkommen schon im Beginn der Krankheit und gehäuftes Auftreten bei alten Fällen.) Störend für die diagnostische Verwertbarkeit des Symptomes ist das Vorkommen von „Spannungskurven“ auch bei gesunden Menschen (*Berger*). Der Zusammenhang dabei ist wahrscheinlich der, daß die bei der Versuchsperson auftretende Erregung an sich das Armvolumen so sehr vermindert, daß der schließlich ausgeübte Reiz keine neue Senkung der Kurve mehr zu bewirken vermag. *Berger* hat schon darauf hingewiesen, daß diese Kurven von dem analogen Befunde bei Katatonikern nicht unterschieden werden können, und die Bemühungen des Vortragenden, eine solche Differenz doch aufzudecken, sind bisher gescheitert. Trotzdem kann das Symptom vielleicht eine gewisse Brauchbarkeit wenigstens für praktische Zwecke erlangen.

Was die therapeutische Bedeutung und die Erklärung des Phänomens angeht, so kann es sich, wie bei dem Pupillensymptome, entweder um ein spezifisches Krankheitzeichen oder einfach um den Ausdruck

einer gemütlichen Stumpfheit handeln, die zwar bei jugendlichen Verblödungsprozessen am häufigsten, aber doch nicht ausschließlich bei ihnen angetroffen werden müßte. Weitere Untersuchungen werden darüber Aufschluß geben können.

Heilig-Straßburg: Zur Kasuistik der protrahierten Dämmerzustände.

Vortragender stellt einen 19 jährigen Schriftsetzer vor, der am 9. August 1912 im Dämmerzustand in die Klinik verbracht worden war und erst Mitte Oktober aus dem Dämmerzustand erwachte. Der Kranke war, nur mit einem Hemd bekleidet, von der Polizei aufgegriffen worden. Bis Mitte Oktober konnte weder sein Name noch seine Herkunft trotz vielfacher Bemühungen festgestellt werden, da der Kranke sich nicht darüber äußerte. Im Anfang der Beobachtung bot er das Bild eines leichten Stupors. In der zweiten Augusthälfte wurde er etwas freier. Nie antwortete er aber sinngemäß auf Fragen, obgleich der Satzbau seiner sprachlichen Äußerungen ganz kohärent war. Auch bestand nicht eigentlich das *Ganser*sche Vorbeireden. Der Kranke produzierte in dieser Zeit eine enorme Fülle von Schriftstücken und Zeichnungen. Die illustrierten Schriftstücke setzen sich im wesentlichen aus phantastischen Berichten von Reisen zusammen, welche der Verfasser selbst unternommen haben will. Es spricht daraus eine sehr umfassende Bildung auf künstlerischem und literarischem Gebiet. Die geschickten Zeichnungen sind zum Teil erotischen Inhalts. Die mündlichen Äußerungen des Kranken bewegen sich in dieser Zeit alle innerhalb der Situationen, welche der Kranke, dem Inhalt seiner Schriftstücke entsprechend, zu durchleben glaubt, ohne daß dabei Illusionen oder Halluzinationen beobachtet würden. Im Rahmen der jeweils verfälschten Situation, des verfälschten Bewußtseinsinhalts, ist das Denken des Kranken ganz kohärent und korrekt. Die schriftlichen Auslassungen sind größtenteils mit dem Pseudonym William Harriman unterzeichnet.

Am 13. Oktober entweicht der Kranke aus der Klinik, wird aber bereits am nächsten Tage durch Beamte wiedergebracht. Er hatte sich in den Rheinwald begeben, war auf einem herrenlosen Boot ruderlos den Rhein stromabwärts getrieben, dann, als er in einen Strudel kam, ans Ufer geschwommen und hatte schließlich nach Durchquerung einiger Altwässer im Gebüsch genächtigt. Der Kranke gibt jetzt, nachdem er zurückgebracht worden ist, zum erstenmal sinngemäße Antworten auf Fragen. Er berichtet über seine Fahrt, schwärmt von der stimmungvollen Nebellandschaft und den neuen „Motiven", welche er mitgebracht habe, verfälscht jedoch das ganze Erlebnis in der Weise, daß er meint, auf dem Mississippi in der Nähe von New Orleans gefahren zu sein, ohne jedoch sein Ziel infolge mangelhafter „Vorbereitung", nämlich Fort Jackson, erreichen zu können. Er spricht von einer „geheimen Mission".



Den ganz kohärenten schriftlichen Bericht, welchen er über seine Fahrt verfaßt, illustriert er mit Zeichnungen, die Bestandteile einer Landschaft am Rhein und am Mississippi kombinieren. So zeichnet er Kaimans, auf Sandbänken ruhend, und im Hintergrunde Rheinpappeln. Er schwört, die Landschaft so gesehen zu haben. Da es sich um einen sehr nebeligen Abend handelte, ist es klar, daß die Bedingungen für eine illusionäre Verfälschung der Außenwelt, abgesehen von der Tendenz des Kranken zu einer solchen überhaupt, besonders günstige waren. Der Kranke, obgleich psychisch sonst ganz klar, ist nicht davon zu überzeugen, wo er sich in Wirklichkeit befindet. Die Ärzte bezeichnet er mit fingierten ausländischen Namen. Über die andere Umgebung, Krankensaal, Kranke, läßt er sich nicht aus. Jetzt ist eine genaue körperliche Untersuchung möglich. Diese ergibt: gesteigerte Sehnenreflexe, vasomotorische Störungen, blaurote feuchte kalte Hände und Füße, Dermographie, fehlenden Konjunktival- bei erhaltenem Kornealreflex, fehlenden Würgreflex, konzentrische Gesichtsfeldeinengung. In psychischer Hinsicht fällt noch eine deutlich verlangsamte Reaktion auf, während man sich mit dem Kranken über alle möglichen Fragen ganz geordnet unterhalten kann.

Um ihn von der Verfälschung seiner Gedankengänge zu überzeugen, führt man ihn an einen Platz, von wo aus er das Straßburger Münster sehen kann. Er hatte vorher beim Betrachten einer Abbildung geäußert, er kenne es und sei schon früher auf der Plattform gewesen. Als der Kranke das Münster sah, hielt er es zunächst für eine Sinnestäuschung und meinte schließlich, entweder träume er jetzt, oder er habe in den letzten Tagen geträumt; er reagierte auf den Versuch mit lebhaftem Affekt. Aber erst nach drei Tagen, am 19. Oktober, erwachte er vollkommen aus dem Dämmerzustand und war jetzt orientiert. Er gab seine Personalien an und berichtete seine Vorgeschichte.

Er habe in der zweiten Hälfte des Juni 1912 Leipzig, woher er stammt, verlassen. Schon wochenlang vorher hatte er sich sehr unglücklich gefühlt. Von innerer Unruhe wurde er fortwährend hin- und hergetrieben, so daß er sogar nachts aufstand und planlose Spaziergänge machte. Er habe sich außerdem mit Selbstmordgedanken getragen. Zu Hause habe man ihm gar kein Verständnis entgegengebracht. Schließlich habe er unter Mitnahme von 300 M. die elterliche Wohnung verlassen und habe Deutschland bereist. Er war in Berlin, Plauen, Hof, im Fichtelgebirge, dann im fränkischen Jura, in Dachau, München, im bayrischen Hochland, schließlich am Königsee. Das Letzte, worauf er sich besinnen könne, sei dieser Aufenthalt am Königsee. Das erste, worauf er sich dann wieder besinnen kann, ist der Anblick des Münsters, das ihm, wie erwähnt, beim Beginn des Erwachens aus dem Dämmerzustand gezeigt wurde.

Die Angaben des Pat. werden schriftlich durch seine Angehörigen bestätigt. Es wird weiter zur Anamnese erhoben, daß Pat. erblich belastet ist. Der Vater war lange melancholisch und trug sich mit Suizidgedanken.



Mit 6 Jahren erlitt Pat. ein Kopftrauma. Er entwickelte sich sehr früh und hatte schon mit 10 Jahren Sexualverkehr. In der Schule (Bürgerschule) galt er für ein Phänomen an Intelligenz und Lernfähigkeit. Nach dem 14. Jahre lernte er in der Fortbildungschule Französisch und Englisch und erweiterte sich durch Lesen und Selbststudium — es stand ihm eine Bibliothek von 6000 Bänden durch Vermittlung eines Freundes zur Verfügung — seine Bildung in umfassender Weise. Mit 17 und 18 Jahren stand er vorübergehend wegen leichter nervöser Störungen und Anämie in ärztlicher Behandlung. Er war immer sehr nervös, galt zu Hause für einen Sonderling und hatte viel Konflikte mit den Angehörigen. Einmal wurde er sogar gewalttätig.

Zu dem Krankheitbilde selbst ist noch folgendes zu bemerken: Das Erwachen aus dem Dämmerzustande war Schritt für Schritt zu beobachten. Während Pat. sich am Morgen des 19. Oktober noch auf von ihm verfaßte Schriftstücke besinnen konnte, die 8 bis 10 Tage zurücklagen. konnte er sich gegen Abend nur noch auf das in den letzten 1 bis 2 Tagen Geschriebene teilweise besinnen. Die — demnach anterograde — Amnesie machte dann an einem bestimmten Punkte Halt. Ganz am Ende des von ihr betroffenen Zeitraums standen als Erinnerungsinseln der Anblick des Münsters (s. o.) und zum Teil auch die Fahrt auf dem Rhein, wobei jedoch die Erinnerungsbilder des letztgenannten Erlebnisses im Sinne einer vermeintlichen Fahrt auf dem Mississippi illusionär verfälscht waren und erst nachträglich durch die erwachende Kritik als irrtümlich erkannt wurden. Pat. äußerte: „Mein Verstand sagt mir, daß ich nicht auf dem Mississippi gefahren sein kann." Hinsichtlich der schriftlichen Auslassungen ist bemerkenswert, daß Pat. früher nie Ähnliches, wenigstens nie in solchem Umfange, produziert hat. Dabei hat er nichts eigentlich Neues hervorgebracht, sondern mit all den Ideen, welche er während des Dämmerzustandes verwertete, hat er sich früher schon irgendwie einmal befaßt. Die Schriftstücke aus der ersten Zeit des Dämmerzustandes enthalten teilweise charakteristische Schreibfehler, insofern als der Kranke mehrfach phonetisch (im sächsischen Dialekt) schreibt. Später werden diese Fehler sofort korrigiert. Auch finden sie sich nicht in den späteren Schriftstücken. Während des Dämmerzustandes werden mehrfach Erinnerungsfälschungen beobachtet. Sie lassen sich vielleicht mit den intraparoxysmellen Amnesien vergleichen. So wurden dem Kranken beispielweise einige Zeichnungen vom Arzte fortgenommen. Ein bis zwei Tage später schrieb er eine fulminante Beschwerde an den Berliner Polizeipräsidenten von Jagow, in der er sich darüber beklagte, daß ein Kommissar ihm seine erotischen Zeichnungen konfisziert habe.

Nach Ablauf des Dämmerzustandes ergibt eine Gesichtsfeldaufnahme normalen Befund. Die Bindehautreflexe sind jetzt vorhanden, während der Würgreflex noch fehlt. Auch die übrigen vorzugweise vasomotorischen Störungen bestehen fort. Es treten neurasthenische Symptome in den

Vordergrund. Der Kranke fühlt sich oft abgeschlagen. Er ermüdet sehr leicht. Briefe an die Angehörigen bringt er nur langsam und mit Mühe fertig. Nachts quälen ihn wüste Träume, in denen auch Erlebnisse aus dem Dämmerzustand eine Rolle spielen. Es bestehen einige bemerkenswerte Ausfallerscheinungen: während der Kranke früher bis zu 80 Silben in der Minute stenotachygraphieren konnte, geht dies jetzt viel langsamer. Englische Worte kann er fast gar nicht mehr richtig aussprechen. Bei einer Assoziationsprüfung reagiert er auf die einfachsten Reizworte mit höchst phantastischen Vorstellungskomplexen, meist ganzen Bildern. Situationen und Erlebnissen. Der Kranke leidet in dieser Zeit viel unter anfallweise auftretendem Nasenbluten.

Hinsichtlich der Ätiologie weist Vortragender auf die affektive Auslösung des Zustandes hin. Außerdem muß die disharmonische Entwicklung der psychischen Leistungen bei dem Pat. in Betracht gezogen werden: auf der einen Seite ein enormes Gedächtnis, eine umfassende Bildung und hohe Leistungen der Intelligenz; auf der andern Seite schon in gesunden Tagen eine bis ins Krankhafte gesteigerte Tätigkeit der Phantasie, Labilität der Affekte und verminderte psychische Widerstandfähigkeit gegen die Anforderungen und Insulte des Lebens. Die Erkrankung einfach zu den hysterischen Seelenstörungen zu rechnen, erscheint trotz mancher derartiger Beziehungen nicht ohne weiteres angängig. Epilepsie, Dementia praecox und vor allem Simulation, woran differentialdiagnostische Erwägungen denken ließen, konnten durch eingehende Untersuchung des Falles mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Es soll noch der Versuch gemacht werden, den Kranken in hypnotischen Schlaf zu versetzen, um zu sehen, ob darin vielleicht die Erinnerung an die Zeit des Dämmerzustandes wiederkehrt (alternierende Bewußtseinszustände).

Zum Schluß demonstriert Vortragender eine Anzahl der von dem Kranken während des Dämmerzustandes verfertigten Zeichnungen mit dem Projektionsapparat.

(Der Fall wird ausführlich demnächst im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht.)

Diskussion. *Wollenberg.*

Schluß der Sitzung 5¾ Uhr.

Auf diese Sitzung folgte abends 6 Uhr ein gemeinschaftliches Essen im Union-Hotel.

2. Sitzung, 10. November, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender *Kreuser*-Winnenthal.

Als Ort der nächsten Versammlung im Jahre 1913 wird Karlsruhe bestimmt. Zu Geschäftsführern werden *Barbo*-Pforzheim und *Neumann*-Karlsruhe gewählt, die die Wahl annehmen. Es wird weiter beschlossen, ein Referatthema nicht aufzustellen.



Hauptmann-Freiburg: Untersuchungen über das Wesen des Hirndrucks.

H. berichtet über gemeinsam mit *Trendelenburg* im Freiburger pharmakologischen Institut angestellte Untersuchungen an Hunden. Die Versuche wurden angestellt zur Entscheidung der Frage, ob die Hirndrucksymptome eine Folge der Zirkulationsstörungen in der Schädelhöhle sind oder eine Folge der direkten Kompression der Hirnsubstanz. Zu diesem Zwecke wurden durch ein in einer Trepanationsöffnung des Schädels angebrachtes Glasfenster die Hirngefäße direkt beobachtet sowohl bei Applikation des lokalen wie des allgemeinen Hirndrucks. Der lokale Druck wurde hergestellt durch Anfüllung eines in die Schädelhöhle eingeführten Gummisäckchens mit Kochsalzlösung, der allgemeine Druck durch Hineinpressen von Kochsalzlösung in den Subarachnoidealraum.

Übereinstimmend mit den Versuchsergebnissen früherer Autoren konnte erst eine venöse Stauung, dann eine arterielle Anämie beobachtet werden, welch letztere infolge einer spontanen Blutdrucksteigerung in den Anfangstadien des Hirndrucks wieder verschwand; auch das Auftreten von wellenförmigen Schwankungen des Blutdrucks (*Traube-Hering*sche Wellen) wurde beobachtet. Im Gegensatze aber zu den früheren Untersuchern besserten sich die Hirndrucksymptome nur in einem Teil der Fälle auf die Besserung der Zirkulation hin infolge dieser spontanen Blutdrucksteigerung.

Zur Erzielung einer besseren Durchblutung der Gehirnsubstanz in Fällen, wo die spontane Blutdrucksteigerung ausblieb, oder wo sie zu gering war, oder wo sie nicht mehr eintrat, wurde eine künstliche Steigerung des Blutdrucks durch intravenöse Adrenalininjektionen vorgenommen, nachdem durch Kontrollversuche die Brauchbarkeit dieses Mittels dargetan war. In den Anfangstadien des Hirndrucks angewandt, besserte sich die Zirkulation wieder bis zur Norm: nur in einem Teil der Fälle aber gingen auch die Hirndrucksymptome zurück. Auf Anwendung bei mittleren Hirndruckgraden gingen die Hirndrucksymptome trotz guter Durchblutung des Hirnsubstanz nicht zurück, sie verschwanden erst, wenn der Hirndruck selbst vermindert wurde. Bei starken Hirndruckgraden besserte sich auf Adrenalininjektion die Zirkulation nur etwa bis zum Wiedereintreten des Stauungsstadiums: die Lähmungserscheinungen von seiten der medullären Zentren änderten sich nicht. In diesen Fällen half auch eine Beseitigung des Hirndrucks und eine Herstellung guter Durchblutung durch künstliche Respiration und Herzmassage nur in den wenigsten Fällen zur Wiederaufnahme der normalen Funktion der medullären Zentren.

H. zieht aus diesen Versuchen den Schluß, daß die Hirndrucksymptome nicht verursacht sind durch Zirkulationsstörungen, sondern daß sie eine Folge sind direkter Kompression der Hirnsubstanz. Auch die Besse-



rung der Symptome in manchen Fällen beginnenden Hirndrucks bei Blutdrucksteigerung braucht nicht auf Zirkulationsveränderungen im Sinne der Ernährung zurückgeführt werden: durch das mechanische Ausgepreßtwerden des Blutes aus den Hirngefäßen hat der Hirndruck die Möglichkeit, die Elementarorganismen des Nervengewebes, die Zellen und Fasern, gegeneinander zu verschieben, zu zerren, zu quetschen; hierdurch sind die anfänglichen Reizungen bedingt. Durch das Wiedereinströmen des Blutes resultiert, wenigstens in vielen Fällen der Anfangstadien, wieder eine normale Lagerung der Teilchen: die Symptome bessern sich. Bei manchen Fällen des frühen Stadiums und immer bei mittleren Hirndruckhöhen kann die Quetschung nicht mehr ganz beseitigt werden: die lokale Schädigung der Zellen hört erst auf, wenn der Hirndruck selbst absinkt. Bei starken Hirndruckgraden hat die Druckschädigung schon solche Grade erreicht, daß selbst bei Aufhebung des Hirndrucks und guter Durchblutung ein Wiederfunktionieren der Zellen nicht mehr eintritt.

H. erblickt eine weitere Stütze dieser Anschauungen in den Beobachtungen von *Koch* und *Filehne*, die bei Hirnerschütterung (= akuter Compressio cerebri) medulläre Symptome auch auftreten sahen, wenn sie an Salzfröschen experimentierten, und von *Witkowsky*, der bei Fröschen, welchen er das Herz entfernt hatte, ebenfalls Kommotionssymptome beobachtete.

Diskussion. — *Nissl* fragt, ob der Vortragende auch mit Paraffin gearbeitet habe. Er glaubt jetzt, daß es eine *Reichardt*sche Hirnschwellung gibt. *Nissl* selbst hat die Hirnsubstanz mit Kathodenstrahlen bestrahlt und lokale deutliche Schwellung erzeugt.

Hauptmann ist vom Paraffin abgekommen, weil es zu heiß gewesen sei. Er habe auch nur akute Schwellung hervorrufen wollen und weniger eine chronische.

Hans W. Maier-Zürich: Über einen Fall von larviertem Masochismus.

Ein erblich belasteter Mann exhibiert mit 20 Jahren und wird deshalb mit zwei Tagen Gefängnis bestraft. Er verliert seine staatliche Anstellung, arbeitet sich dann aber mit großer Energie als Kaufmann wieder herauf, bis er 14 Jahre später neuerdings wegen Exhibition sistiert wird. Da die Perversion bei dem intelligenten und moralisch hochstehenden Menschen dem Untersuchungsrichter ausnehmend pathologisch erschien, zog er den psychiatrischen Experten zu. Dieser konnte feststellen, daß bei dem Manne seit seinem 8. Lebensjahre sich der Sexualtrieb fast ausschließlich in masochistischen Phantasien äußerte: der Orgasmus trat ein, wenn er sich vorstellte, wie er von einer Frau als Diener behandelt werde, wie er ihr beim Ankleiden behilflich sei oder sich beschimpfen lassen müsse. Mit Ausnahme eines einzigen Zusammentreffens mit einer sadistischen



Dirne hatte er nie Gelegenheit, seine perverse Triebrichtung in der Wirklichkeit zu befriedigen. Gegen das 20. Jahr zu steigerte sich sein Sexualtrieb periodisch und zwar hauptsächlich n a c h onanistischen Akten so stark, daß er mit Oppressionsgefühlen auf der Brust halb dämmernd in der Stadt herumlief. In einem solchen Zustand exhibierte er das erstemal abends in einem Hofe vor einer Reihe von Dienstmädchen, die von ihren Küchenfenstern aus über ihn spotteten und ihm Schimpfnamen herunterriefen; die höchste Befriedigung hatte er dabei, wenn die Mädchen anfingen, tätlich gegen ihn zu werden und ihm etwas anzuwerfen oder auf den Kopf zu schütten. Er kämpfte mit aller Energie gegen diese Art der Sexualbetätigung, die er selbst als schändlich erkannte. So wurde er erst nach Verlauf von 14 Jahren zum zweitenmal dabei erwischt. Die Exhibition ist für ihn nur Mittel zur masochistischen Befriedigung. Er kann sich nicht vorstellen, daß er sich einer einzelnen Frau gegenüber entblößt, da dann die aggressive Wirkung, die er hervorzurufen sucht, ausbleiben würde.

In dem Gutachten wurde die pathologische Entstehung der strafbaren Handlung klargelegt; es wurde nachgewiesen, daß die Exhibition in einem Zustande temporärer starker Erregung mit weitgehender Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung im Sinne des Gesetzgebers vorgenommen worden war, wobei insbesondere betont wurde, daß es sich um einen moralisch durchaus hochwertigen Menschen handle. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, daß eine medizinische Behandlung des betreffenden Menschen auch für die Allgemeinheit in bezug auf Verhütung von Rückfällen viel wichtiger sei wie eine strenge Strafe, die den Heilungsversuchen in verschiedener Richtung entgegenwirken würde. Der Richter wurde von diesen Überlegungen überzeugt und stellte die Strafverfolgung ein, trotzdem der Experte keine volle Unzurechnungfähigkeit angenommen hatte.

Der Mann steht seither in Behandlung der psychiatrischen Poliklinik. Durch suggestive Beeinflussung und drei Monate lang durchgeführte Bromisierung bei Herabsetzung der Kochsalzzufuhr (mit „Sedobrol-Roche") wurde eine wesentliche Beruhigung und Verminderung der sexuellen Reizbarkeit erreicht. — Der Vater des Kranken erzählte noch, daß dieser im Alter von etwa 4 Jahren von einem angetrunkenen Bauern im Spaß mit dem offenen Messer verfolgt worden sei; atemlos zu Hause angekommen, habe er nachher einen mehrstündigen Angstanfall gehabt. Der Pat. selbst erinnert sich aber hieran nicht; er glaubt die erste sexuelle Erregung verspürt zu haben, als er 8 jährig die Unterkleider eines Mädchens gesehen habe. — Der Vortragende hält diese psychologischen Anhaltpunkte für interessant, erklärt aber, daß irgendein Zusammenhang mit der Entstehung der Perversität aus diesem Material nicht geschlossen werden dürfte. Möglicherweise ergibt die weitere Behandlung hier noch nähere Aufschlüsse.



Im Anschluß an den zitierten Fall betont *Maier*, daß der Exhibitionismus einen Sammelbegriff darstelle, hinter dem sich die verschiedensten perversen Mechanismen finden können. Er hält es sowohl im Interesse der Sicherung der Gesellschaft vor Wiederholung derartiger Sexualdelikte wie auch für die Heilung oder Besserung der in manchen Fällen sonst wertvollen Perversen für dringend nötig, daß da, wo der Strafrichter leider noch in Funktion tritt, am Anfang der Untersuchung der psychiatrische Experte zugezogen und seine Meinung weitgehend berücksichtigt werden soll. Die Tendenz der Sicherung der Gesellschaft sollte auch in diesen Fällen immer mehr in den Vordergrund treten. Der Vortragende zitiert den Fall eines heruntergekommenen Alkoholikers, den er begutachten mußte, als er zum 12. Mal wegen Exhibierens in Strafuntersuchung stand: er habe den Mann für vermindert zurechnungfähig, aber für erhöht gefährlich erklärt, und daraufhin habe das Gericht auf das Maximum der zulässigen Strafe erkannt, was im speziellen Falle vom psychiatrischen Standpunkt aus zu begrüßen war.

(Der Vortrag erscheint ausführlicher im Neurologischen Zentralblatt.)

Diskussion. — *Wollenberg* hält bei vielen vermindert Zurechnungfähigen ebenfalls das volle Strafmaß für angebracht. Er drückt die Genugtuung darüber aus, daß der Vortragende sich in der Verwertung der psychoanalytischen Methode gemäßigt gezeigt habe.

Bökelmann-Stephansfeld: Erfahrungen über die Wirkung der Spinalnarkose bei tabischen Viszeralkrisen.

Verf. gibt erst einen kurzen Überblick über die mit der epi- und subduralen Injektion schmerzstillender Mittel bei viszeralen Krisen gemachten Erfahrungen und wirft dabei auch Streiflichter auf die therapeutische Verwertung der Lumbalpunktion und *Foerster*schen Operation bei genannten Affektionen. Daran anschließend werden eigene an zwei Fällen gewonnene Erfahrungen mit der epi- und subduralen Injektion mitgeteilt.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 29 jährigen Kranken mit gastrischen Krisen allerschwerster Art, der mehrfach wegen Hysterie und Morphinismus behandelt und wegen irrtümlich angenommener Medianhernie bereits einer Laparotomie unterzogen worden war. Die Überhandnahme der Krisen und schließliche medikamentöse Unzugänglichkeit zeitigte den Vorschlag der *Foerster*schen Operation, die zweimal im Abstande von 8 Wochen vorgenommen wurde (Durchschneidung der 7., 8., 9. bzw. 10., 11. Dorsalwurzel beiderseits) ohne Erzielung längerdauernden Erfolgs. Wegen Häufung und Verschlimmerung der Krisen und völligen Versagens des Morphiums Spinalnarkose (subdurale Injektion von 2 g 10 proz. Novokainsuprareninlösung). 25 Minuten nachher auf die Dauer



von 5 Stunden schmerzfrei. Die wieder auftretenden Schmerzen können durch Morphium leicht gelindert werden; am 3. Tage der Krise erneute Injektion mit schmerzbefreiendem Effekt von kürzerer Dauer, am 4. Tage (die heftigen Anfälle dauerten immer gegen 6 Tage) Schmerzen erträglich und für kleinere seltenere Morphiumgaben zugänglich. Eine weitere äußerst heftige Krise wurde durch dreimalige Injektion am 3. Tage zum Abklingen gebracht. Im Laufe der weiteren noch 3 Monate währenden Behandlung keine ähnlich schweren Anfälle mehr.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen seit längeren Jahren an tabischen Magen- und Blasenkrisen leidenden 53 jährigen Patienten, der sich vom Sommer 1907 bis September 1912 in Krankenhausbehandlung befand. In den letzten Jahren wegen der häufigeren Krisen und nie völlig verschwindenden Schmerzen in den Beinen dreimal täglich 0,01 M. Die Entziehung desselben wurde vom Vortragenden innerhalb 14 Tagen vorgenommen; häufige Klagen über Schmerzen in den Beinen. Am 26., 27., 28. Oktober d. J. nächtliche, sich steigernde gastrische Schmerzanfälle. am 28. nach ¾ stündigem Schmerzparoxysmus epidurale Injektion von 5 ccm physiologischer Kochsalzlösung und 1 ccm 10 proz. Novokainsuprareninlösung. Nach 15 Minuten schmerzfrei; seither überhaupt frei von Schmerzen; ohne Medikament Wohlbefinden.

Natürlich kann auf einen Dauererfolg in diesem Falle nicht gerechnet werden; in beiden Fällen aber muß die Wirkung der Injektion, gemessen an der Hartnäckigkeit der Affektion, als befriedigend angesehen werden.

(Der Vortrag wird ausführlich in der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" erscheinen.)

Diskussion. — *Guleke*-Straßburg weist auf Grund von 7 *Förster*schen Operationen, die er bei gastrischen Krisen der Tabiker ausgeführt hat, auf die Schwierigkeiten hin, die sowohl bezüglich der weiteren Beurteilung der Fälle als auch bezüglich der Deutung der Krisen (Vagus- oder Sympathicusfasern) und der Auswahl der zu resezierenden Wurzeln bestehen.

Pfersdorff-Straßburg: Über Beziehungen der transkortikalen Aphasie zu den Sprachstörungen Geisteskranker.

Die Beziehungen zwischen organisch begründeten und psychotischen Sprachstörungen sind bis jetzt nur wenig hervorgehoben worden, obwohl sie einer Anzahl von Beobachtern schon auffallen mußten. *Bonhoeffer* und vor allem *Heilbronner* haben auf das Vorkommen ideenflüchtiger Störungen bei Aphasischen aufmerksam gemacht. Auch findet sich in *Heilbronners* Arbeit „über transkortikale motorische Aphasie" (Arch. f. Psych. Bd. 34, S. 443) die Bemerkung: „Das Reihensprechen kann als Eigenleistung des motorischen Sprachzentrums ablaufen." Also ein Hinweis auf eine



automatische sprachliche Leistung, die nicht der Interpretation des Bewußtseinsinhaltes dient, während sonst von vielen Aphasieforschern a priori angenommen wird, daß die Sprache nur der „Mitteilung" dient. *Kleist* hat vor einigen Jahren (Monatsschr. f. Psych u. Neur. 1905, S. 514) darauf hingewiesen, daß manche paraphasischen Reaktionen das Gepräge ideenflüchtiger Verbindungen tragen.

Neben den Störungen, die sich auf das Einzelwort beziehen, sind solche des Satzbaus zu erwähnen Hier ist der eigenartige Rededrang der sensorisch-aphasischen, der transkortikal-sensorischen und der amnestischen Störungen von Bedeutung: „Hier (*Kleist* a. a. O. S. 523) ist die Verwendung der zahlreichen Füllwörter, welche ja ausschließlich Besitz der Sprachregion sind, im Gegensatze zu dem Mangel an Objektbenennungen, aus der Lockerung der assoziativen Beziehungen zwischen Objekt- und Wortbegriff und die sprachliche Hyperfunktion aus der Verminderung der Hemmungen, welche dem Sprachapparat in normalem Zusammenhange aus dem transkortikalen System zufließen, zu erklären. Diese sprachliche Äußerung zeigt formal intakte Satzbildung, welche an sogenannten Füllwörtern reich, aber arm an Objektbenennungen ist.",

Als entgegengesetzte Form ist der Agrammatismus zu nennen. Mit diesem pflegt noch eine weitere Störung sich zu vergesellschaften: die Zerlegung der Lautkomplexe der Wortbegriffe in die Lautelemente und die Zusammenfügung der Lautelemente zu Lautkomplexen ist gestört. Interessant ist nun, daß diese Kombination (Agrammatismus plus Störungen des Einzelwortes) sich auch bei psychotischen Sprachstörungen nachweisen läßt (vgl. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1912, Heft 3—5, S. 237, 243) Vortragender berichtet über einen in der Straßburger Klinik beobachteten Fall von schwerer Gehirnerschütterung (Fall von einem Baum). In den ersten 8 Tagen traten kompliziertere Sprachstörungen auf, die sich in Kürze nicht wiedergeben lassen; in der Folgezeit bot Pat. während 2 Monaten folgende Erscheinungen: Die Spontansprache, die der Mitteilung dient ist ungestört; das Nachsprechen ist ungestört. Zusammenhängende sprachliche Leistungen, die der Reproduktion dienen (Reproduktion von Gelesenem; Erklärung von Sprichwörtern; Erzählung auf Aufforderung hin) zeigen eine eigenartige Störung: 1. wird nur in kurzen Sätzen gesprochen, 2. perseverieren einzelne Worte, 3. ist die Wortwahl absonderlich; assoziativ angeregte Nebenvorstellungen kommen zum Ausdruck, so daß der Sinn ungenau wiedergegeben wird (metaphorische Paralogie und Verschiebungsparalogie) Zu gleicher Zeit ist Pat außerstande, längere Aufforderungen zu verstehen und längere Gedankenreihen zu konzipieren; es besteht also die bekannte Störung des Verständnisses für längere Reihen (*Pelz*, *Kleist*, *Lewandowsky*).

Ähnliche Sprachprodukte finden sich bei manchen Katatonikern und überhaupt beim spontanen Rededrang, bei dem die Rede nicht der Mit-



teilung dient. Auch in unserem Fall ist die der Mitteilung dienende sprachliche Leistung einige Tage nach dem Unfall völlig korrekt geworden: nur die Eigenleistungen des sprachlichen Apparates sind gestört. Sie befinden sich in einem gewissen Reizzustand (Wegfall von Hemmungen im Sinne Heilbronners?), der sich im Rededrang kundgibt und vor allem auch bewiesen wird durch die Assoziationsreaktionen, die während 2 Monaten täglich unverändert den äußeren, rein sprachlichen Reaktionstypus boten. Daß sämtliche rein sprachlichen Funktionen unbehindert, vielleicht sogar erleichtert, von statten gingen, beweist die Beobachtung, daß Pat. reimen und in Versen sprechen konnte. Das erleichterte Anklingen der rein sprachlichen Assoziationen geht nun Hand in Hand mit einem Versagen anderer Assoziationsarten, als deren Gesamtleistung die Schaffung des Objektbegriffs anzusehen ist. So wird es verständlich, warum beim Lesen nicht alle Assoziationen geweckt werden, warum es also nicht zur Bildung der höheren Merkeinheiten, nicht zu komplexeren Gebilden kommt, die einzig und allein die Reproduktion komplizierterer Gebilde ermöglichen. In den sprachlichen Reproduktionen des Kranken fehlen ja auch kompliziertere Satzbildungen, es ist nur eine Aneinanderreihung kurzer Sätze zu beobachten, die uns vom spontanen Rededrang Geisteskranker her geläufig sind.

Ferner ist die Wortwahl gestört, insofern als dem Kranken lediglich nur die Wortbegriffe zu Gebote stehen, nicht jedoch die nicht sprachlichen Vorstellungen (vgl. *Kleist*: „Bei der assoziativen Arbeit, die einem jeden Worte eines Satzes Form und Stellung anweist, ist die Gegenwart aller übrigen Wortbegriffe und der logisch geordneten konkreten bzw. abstrakten Begriffe vonnöten").

Zum Schlusse erörtert Vortragender den Unterschied zwischen aphasischen und psychologischen Störungen, der im wesentlichen dadurch sich erklären läßt, daß es sich bei den Psychosen vorwiegend um Reizsymptome handelt, bei der Aphasie hingegen um Ausfallerscheinungen.

Steiner-Straßburg: Demonstration von 2 Fällen *Friedreich*scher hereditärer Ataxie.

Über die Entwicklung der Krankheit und die Vorgeschichte des ersten Falles, eines jetzt 38 jährigen Mädchens, läßt sich zusammengefaßt folgendes mitteilen: Geburt normal. Als Kind immer gesund mit Ausnahme von Keuchhusten. Als junges Mädchen häufig Halsentzündung. Im 12. Lebensjahre Schieloperation am rechten Auge. Vor jetzt 19 Jahren fiel den Angehörigen schon der Gang der Kranken auf. Er war unsicher und leicht schwankend. Die Kranke war jedoch noch 5 Jahre, bis zu ihrem 24. Lebensjahr, als Kinderfräulein tätig. Von Jahr zu Jahr sei es aber mit den Beinen schlechter gegangen. Nach und nach habe sich dann auch eine Schwäche in beiden Armen eingestellt. Im letztvergangenen Jahre sei die Sprache undeutlich geworden. Bezeichnend ist, daß zu



keiner Zeit Schmerzen in Armen und Beinen auftraten, und ebenso, daß Blasen- oder Mastdarmstörungen nie vorhanden waren. Eine luische Infektion wird negiert. Seelisch soll sich Pat. nicht verändert haben.

Befund: Eigentümliche Schädelbildung; der Gesichtsausdruck ist starr, maskenartig. Die Zunge ist faltig, in sitzender und liegender Position zeigt sich eine Art von Hängebauch. Leichte Skoliose der Brustwirbelsäule. Im Bett Spitzfußstellung. Hinsichtlich der Hirnnerven ist bemerkenswert, daß die Pupillenreaktion vollständig intakt ist. Stirnrunzeln ist nicht möglich. Zeitweise ist Nystagmus horizontalis vorhanden. Die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab. Sonst sind alle Hirnnerven ohne krankhafte Besonderheiten. Die Sensibilität ist in allen Qualitäten normal. Muskel-, Lage- und stereognostischer Sinn sind vollkommen der Norm entsprechend. Hinsichtlich der Motilität ist eine starke Herabsetzung der groben Kraft zu erwähnen. Pat. kann sich ferner nur mit Mühe aus liegender Position in sitzende bringen, indem sie sich von der rechten Seite zunächst nach links mit dem Oberkörper herüberdreht. Auch der Übergang vom Sitzen zum Stehen ist nur mit Unterstützung möglich. Gang und Stand sind unsicher. Beim Zusammenstellen der Füße und Schließen der Augen tritt jedoch keine wesentliche Verstärkung der Erscheinungen von Unsicherheit auf. Stehen auf einem Beine ist beiderseits unmöglich. Die Sprache ist undeutlich und verwaschen, statt k wird d ausgesprochen. Von den Reflexen verhalten sich Haut- und Schleimhautreflexe normal. Die Bauchdeckenreflexe sind eher etwas lebhaft. Die Trizepsreflexe fehlen; P. S. R. und A. S. R. fehlen ebenfalls beiderseits. Das *Babinski*sche Zeichen ist nicht deutlich vorhanden; ebensowenig das *Oppenheim*sche. Sonst noch zu erwähnen wäre die im Laufe der Erkrankung aufgetretene Atrophie der Muskulatur ohne eigentliche besondere Bevorzugung bestimmter Muskelgruppen und ohne Entartungsreaktion, ferner ein eigentümliches Verhalten beim Öffnen der geschlossenen Faust beiderseits. Pat. kann der Aufforderung, die Faust zu öffnen, nur ganz allmählich, einen Finger nach dem andern, 4. und 5. Finger zuletzt, nachkommen, besonders dann, wenn in der geschlossenen Faust ein kugeliger Gegenstand gehalten wird. Die *Wassermann*sche Reaktion in Blut und Rückenmarksflüssigkeit ist negativ; diese enthält fast keine zellulären Bestandteile. Der Eiweißgehalt der Lumbalflüssigkeit ist auffallend gering.

Über die Entwicklung des zweiten Falles, eines nahezu 40 jährigen Mannes, wäre folgendes zu berichten: Als Kind normal. Er ging mit 13 Monaten. Außer Röteln keine Kinderkrankheiten. Vom 22. bis 24. Lebensjahre Militärdienst, der von ihm ohne besondere Anstrengung geleistet werden konnte; nur habe er das Bajonettiergewehr nicht frei so wie die andern vorstrecken können. Nach der Militärzeit habe er einen Lungenspitzenkatarrh gehabt. Vor etwa 10 Jahren (damals 30 Jahre alt) habe er eine Schwäche im rechten Bein bemerkt. Nach $1^3/_4$ Jahren habe diese sich verschlimmert, auch das andere Bein sei ergriffen worden.



beim Gehen sei Unsicherheit aufgetreten. Ganz allmählich sei es dann von Jahr zu Jahr schlimmer geworden. In letzter Zeit sei er schon öfter gestürzt. Wenn er ausgleite, habe er keinen Halt mehr. Auch die Arme seien unsicherer geworden. Schmerzen habe er nie gehabt, auch keine Blasen- oder Mastdarmstörungen. Eine Geschlechtskrankheit wird in Abrede gestellt.

Befund: Der Habitus des Kranken ist fast photographisch derselbe wie bei dem ersten Falle, nur findet sich keine Spitzfußbildung. Die Hirnnerven verhalten sich genau wie im ersten Falle, Stirnrunzeln ist ebenfalls unmöglich, nur fehlt der Nystagmus. Die Sensibilität ist normal. Hinsichtlich der Motilität ist zu betonen, daß die grobe Kraft nicht so wie im ersten Fall herabgesetzt ist. Beim Übergang von sitzender in stehende Position macht sich insofern eine Gleichgewichtstörung geltend, als Pat., wenn er aufsteht, gezwungen ist, einige Schrittchen nach rückwärts zu machen, bis er festen Halt findet. Stehen auf den Fußspitzen und auf einem Bein ist nicht möglich, während Pat. früher diese beiden Bewegungen mit Leichtigkeit ausführen konnte. Beim Zusammenstellen der Füße zeigt sich kaum Schwanken, das auch nicht stärker wird, wenn Pat. die Augen schließt. Der Gang ist unsicher und ataktisch, besonders wenn Pat. rasch geht. Es ist auch ein deutliches Stampfen besonders rechterseits wahrzunehmen. Die Sprache ist vielleicht etwas undeutlich (jedoch nicht auffallend) und etwas nasal. Die Reflexe verhalten sich genau wie im ersten Fall: P. S. R. und A. S. R. sind erloschen, die andern Reflexe vorhanden. Noch sonst zu erwähnen ist, daß ausgesprochene Muskelatrophien wie im ersten Falle fehlen; dagegen zeigt sich dieselbe eigentümliche langsame Entspannung der Muskulatur beim Öffnen der geschlossenen Faust. Blut- und Liquorbefund sind genau wie im ersten Falle negativ.

Im Anschluß an diese beiden Fälle wurde kurz die Differentialdiagnose gegen Tabes dorsalis, multiple Sklerose und Dystrophia musculorum progressiva besprochen. Es wurde auf die Ähnlichkeit im Aussehen beider Kranker, die Geschwister sind, hingewiesen; abgesehen von der großen Familienähnlichkeit bestehe auch eine sehr große Ähnlichkeit in den pathologischen Erscheinungen. Hierauf wurde der Stammbaum der beiden Kranken, soweit er bis jetzt festgestellt werden konnte, demonstriert. Aus ihm geht das hereditär-familiäre Moment deutlich hervor.

Schluß der Sitzung 12¼ Uhr.

Hieran schloß sich ein Rundgang durch die neue neurologische Abteilung der psychiatrischen Klinik und durch die Küchen- und sonstigen technischen Einrichtungen des Bürgerspitals Straßburg an. Nachmittags fand eine Besichtigung der Oberelsässischen Heil- und Pflegeanstalt Rufach unter der liebenswürdigen Führung des Direktors, Herrn Kollegen *Groß*, statt.

Steiner-Straßburg. *Heilig*-Straßburg.



89. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 23. November 1912 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Auer*, *Baumann*, *Becker*-Düren, *Bernard*, *Beyer*, *Bickel*, *Deiters*, *v. Ehrenwall*, *Fabricius*, *Flügge*, *Förster*-Bonn, *Fuchs*, *Gerhartz*, *Gudden*, *Hennes*, *Hermann*, *Herting*, *Höstermann*, *Hübner*, *Jannes*, *Kleefisch*, *Langen*, *Lenneper*, *Liebmann*, *Lückerath*, *Mappes*, *Neuhaus*, *Oebeke*, *Orthmann*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pfahl*, *Raether*, *Recktenwald*, *Rieder*, *Rusack*, *Schaumburg*, *Schneider*, *Schroeder*, *Schütte*, *Schulten*, *Sioli*, *Thomsen*, *Thywissen*, *Umpfenbach*, *Voß*, *Voß-schulte*, *Weingärtner*, *Werner*-Andernach, *Werner*-Bedburg, *Westphal*, *Wex*, *Wilhelmy*, *Witte*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Brügelmann*-Köln, Dr. *Hansen*-Bonn, Dr. *Hauser*-Grafenberg, Dr. *Klein*-Bonn, Dr. *E. Müller*-Waldbroel, Dr. *Remertz*-Köln.

Der Vorsitzende begrüßt die anwesenden Mitglieder und Gäste und teilt mit, daß von verschiedener Seite der Antrag gestellt worden sei, das Mitglied des Vorstandes des Vereins Herrn Geh. Sanitätsrat *Oebeke*-Bonn zum Ehrenmitglied zu ernennen. Die Ernennung erfolgt einstimmig.

In den Verein werden aufgenommen: Dr. *Bickel*, Assistenzarzt der Klinik für psychisch und Nervenkranke in Bonn, Dr. *Macke*-Burgwaldniel im Kreise Kempen, leitender Arzt des St.-Josef-Heims, Dr. *Pöllmann*, Assistenzarzt der Landes-Heil-Anstalt in Weilmünster, Dr. *Steinbrecher*, Anstaltsarzt der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt in Bedburg.

Zur Aufnahme in den Verein meldet sich: Dr. *Ernst Müller*, Oberarzt der Heil- und Pflege-Anstalt Waldbroel.

Hübner-Bonn zieht den angemeldeten Vortrag: Über Triebanomalien und impulsive Handlungen, zurück.

Es folgen die Vorträge:

Voß-Düsseldorf: Über den Begriff der Reflexpsychose.

Vortragender ging von dem meist außerhalb der Psychiatrie vorhandenen Bestreben aus, Erkrankungen einzelner Organe und Organsysteme mit den Psychosen in ursächlichen, reflektorischen Zusammenhang zu bringen. Von dem physiologischen Begriff des Reflexes ausgehend, ist die Annahme einer reflektorischen Entstehung nur dann zulässig, wenn zwischen erkranktem Organ und Gehirn eine direkte zentripetale Verbindung vorhanden ist und keine andere Erklärungsmöglichkeit besteht. In der Regel sind zwischen Körperorgan und Gehirnfunktion chemisch-toxische Beziehungen vorhanden, ferner zirkulatorische und psychogene Einflüsse, welche die Entstehung einer Psychose im Anschluß an Organerkrankungen hinreichend erklären, nur für Ausnahmefälle mag die re-



flektorische Reizung als Ursache in Betracht kommen. Vortragender besprach dann einzelne, als Ausgangpunkte für Reflexpsychosen geltende Organe, Ohr, Nase, Verdauungstraktus und Sexualorgane, er betonte zum Schluß die Schwierigkeit, strikte Beweise für die Annahme des Bestehens einer Reflexpsychose im Einzelfall zu erbringen. Je weiter unsere physiologisch-chemischen Kenntnisse fortschreiten, um so mehr erweitert sich der Kreis der auf Störungen dieses Gebietes beruhenden Geistesstörungen. Operative Heilungen (gynäkologische Eingriffe!) beweisen nichts, da es sich in derartigen Fällen wohl ausschließlich um psychogene Krankheitszustände handelt, bei denen jeder suggestive Einfluß von Wirkung sein kann.

In der Diskussion stimmt *Hübner*-Bonn dem Vortragenden insofern bei, als auch er nur für seltene Fälle eine reflektorische Auslösung von psychischen Störungen bei Erkrankung peripherer Hirnnerven annimmt. Meist handelt es sich dann (vgl. *Uhthoff*) um Elementarstörungen, die nach einer Affektion des Opticus oder Acusticus auftreten und durch Behebung des Grundleidens gleichfalls günstig beeinflußt werden.

In der Mehrzahl der Fälle ist die Auslösung keine reflektorische, es handelt sich vielmehr um eine krankhafte psychische Verarbeitung von mehr oder minder vollständig aufgenommenen Sinneseindrücken (Illusionen). *H.* hat mit der in der letzten Sitzung vorgestellten Dame weitere Versuche angestellt. Er wollte ermitteln, ob Empfindungen, die bei der Pat. künstlich erzeugt wurden, auch als Sinnestäuschungen bei ihr wiederkehrten. Zu diesem Zwecke leitete Ref. galvanische Ströme durch den Kopf, bis Lichtempfindungen entstanden. Dies geschah bei 2 bis 2,5 MA. Beim Schließen und Öffnen des Stromes entstand nicht nur eine Lichtempfindung, sondern auch Lidschluß durch Reizung des Orbicularis oculi. In der Nacht traten nun bei der Pat. nicht allein die Lichtempfindungen wieder auf, sondern sie hatte auch jedesmal damit verbunden einen krampfhaften Lidschluß.

Aschaffenburg-Köln: Ich möchte nur kurz zur Frage der Sinnestäuschungen bemerken, daß periphere Erkrankungen oder Reizungen der Nerven im allgemeinen nur elementare Halluzinationen auslösen. Selbst da aber, wo vereinzelte Gesichts- oder Gehörstäuschungen auftreten, bleibt die Kritik erhalten oder schwindet wenigstens nur auf Momente, wie das bekannte Beispiel *Nägeli*s beweist. Eine Hornhautverbrennung hatte bei ihm Sinnestäuschungen hervorgerufen, die er stets als solche erkannte; nur einmal stellte er eine Tasse auf einen halluzinierten Tisch, dessen Nichtvorhandensein ihm aber sofort, auch unabhängig von dem Hinfallen der Tasse, klar wurde.

Im allgemeinen darf man wohl behaupten, daß die Sinnestäuschungen, selbst wenn sie von peripheren Reizen ausgelöst sind, zentral entstehen, und daß der Inhalt durch die Denkrichtung und die Vorstellungen des Halluzinierenden selbst gegeben sind.



Aschaffenburg glaubt deshalb auch, daß nur da, wo psychische Störungen vorliegen, eine Verarbeitung der Sinnestäuschungen in wahnhafter Richtung möglich ist.

Werner-Bedburg schildert zunächst an der Hand von über 30 großen Photographien, welche auch schon in der Düsseldorfer Städtebauausstellung zu sehen waren, und vielen Plänen die Lage und den Bebauungsplan der Anstalt Bedburg, um dann noch genauer auf die Unterbringung der Kranken, ihre Versorgung mit Nahrung, Licht, Heizung, Wasser usw. einzugehen.

Im zweiten Teile des Vortrages wird auf Grund einer Studienreise über die belgischen Anstalten Gheel, Merxplace, Tournai und Melle les Gand berichtet, von denen jede etwas ganz Charakteristisches bietet. Gheel zeichnet sich durch seine Familienpflege aus, indem dort unter 12 000 Einwohnern 4000 Geisteskranke in völlig freier Weise untergebracht sind. Die Zentralanstalt hat etwa 350 Betten und behält die Kranken i. allg. nur, bis geeignete Familienunterkunft gefunden ist. Bis 1852 stand die Irrenpflege, welche dort nach der Legende seit dem 6. Jahrhundert getrieben wird, unter geistlicher Leitung, seitdem hat sie der Staat übernommen. Ganz genaue Vorschriften für die Pflegeeltern, eine durchaus genügende ärztliche Überwachung sowie allerlei hygienische Vorkehrungen sorgen dafür, daß die Kranken in jeder Weise gut untergebracht sind. Freilich würde mancher Fall, den Ref. dort beobachtete, bei uns einer Wachsaalbehandlung bedürftig erscheinen, aber in Gheel geht es eben auch so, und wenn die Statistik zeigt, daß die Mortalität 5 %, die Zahl der gebessert und geheilt Entlassenen 25 % beträgt, daß Entweichungen, Trunkenheit, Selbstmord und sexuelle Vergehen kaum bekannt sind, so dürften damit die praktischen Erfolge berechtigt erscheinende Bedenken zerstreuen. Freilich, ohne weiteres nachahmen läßt sich dieses System kaum, da sich wohl nirgends eine Bevölkerung wieder findet, die der Pflege der Geisteskranken in gleicher Weise Verständnis entgegenbringt.

Merxplace ist die große Arbeitsanstalt Belgiens, die für 4000 Vagabunden und „Unmoralische" bestimmt ist. Nach dem Gesetze kann jeder in Belgien aufgegriffene Vagabund zunächst bis zu 2 Jahren Merxplace verurteilt werden. Meist werden die Leute aber schon vorher aus der „Maison de refuge" entlassen, wo auch vorübergehend Arbeitlose freiwillig Unterkunft finden. Wer wieder ergriffen wird, kann bis zu 7 Jahren Merxplace verurteilt werden. Die Behandlung ist sehr frei, daher auch 1200 Entweichungen im Jahre; nur die Zuhälter, Mord- und Brandstifter sind in einem Zellenbau untergebracht. Die Beschäftigung erfolgt in einem ausgedehnten landwirtschaftlichen Betriebe und ganz enormen industriellen Anlagen der verschiedensten Art. Für jeden, der sich dafür interessiert, wie größere Mengen von Vagabunden und Leuten mit asozialem Verhalten untergebracht und beschäftigt werden können, bietet dieser musterhaft geleitete Betrieb eine Menge wertvoller Anregungen.



Während diese beiden Anstalten in der Nähe von Antwerpen liegen, findet sich die dritte Anstalt Tournai dicht an der französischen Grenze. Die Anstalt ist für 900 geisteskranke Männer bestimmt, und zwar sind dort mehrere Abteilungen nur für in der Haft erkrankte oder wegen Geisteskrankheit freigesprochene Kranke bestimmt. Die in der Anstalt verbrachte Zeit rechnet voll als Strafzeit, erst nach Verbüßung derselben wird entschieden, ob der Patient weiterer Anstaltspflege bedarf oder nicht, ist ersteres der Fall, so kommt er aber auch auf die andern Abteilungen, die daher stark mit Kriminellen durchsetzt sind. Ein nach dem Muster des Bedburger Bewahrungshauses neu erbautes Haus ist für die besonders gefährlichen Elemente bestimmt. Die Anstalt ist sonst im Korridorsystem erbaut; der längste der übrigens sehr schönen Korridore ist 525 m lang. Die Höfe sind enorm groß, mit Gartenanlagen und zahlreichen Gehegen für Tiere geschmückt. Dadurch, daß die Umfassungsmauern in einer Mulde stehen, behindern sie die herrliche Aussicht nicht, die man überall genießen kann, und man hat den Eindruck völliger Freiheit.

Die vierte Anstalt Melle les Gand bei Gent wurde im Jahre 1908 ganz nach dem Muster von Galkhausen errichtet. Sie ist ganz modern, gitterlos, die Gärten sind nur durch Holzzäune voneinander getrennt. Ein besonderer Pavillon ist für die Tuberkulösen bestimmt. Die Anstalt steht unter geistlicher Leitung, und der Erbauer hatte zahlreiche Schwierigkeiten zu überwinden, ehe es ihm gelang, diese erste Anstalt Belgiens im Pavillonsystem zu errichten.

Zum Schluß muß als Allgemeineindruck gesagt werden, daß in Belgien zwar noch manches Veraltete vorhanden ist, aber überall werden jetzt energisch und verständnisvoll Verbesserungen angebracht, und überall, wo ein Neubau entsteht, ist die leitende Persönlichkeit durchaus erfolgreich bemüht, allen Anforderungen der modernen Irrenpflege in weitgehender Weise Rechnung zu tragen.

Beide Vorträge erscheinen noch in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift.

Kleefisch-Essen-Huttrop: Zeitgemäße Aufgaben in der ärztlichen Schwachsinnigenfürsorge.

Die Schwachsinnigenfürsorge, wie sie in der Rheinprovinz zurzeit besteht, gliedert sich in drei Gruppen:

1. die tiefstehenden Idioten werden in Pflegeanstalten untergebracht;

2. die mittelschweren Grade, die noch teilweise erziehungs- und arbeitfähig sind, kommen in Schwachsinnigen-Erziehungsanstalten;

3. die leichteren Grade erhalten Schul- und Werkunterricht in den Hilfsschulen (zurzeit 37 000 Kinder in Deutschland).

Die ärztlichen Aufgaben auf jedem dieser Fürsorgegebiete ergeben sich nach folgenden Grundsätzen.

Zu 1. Die Idiotenpflegeanstalten sind den Anstalten für Sieche und



chronisch Geisteskranke gleichzuachten. Dementsprechend ist die ärztliche Tätigkeit an ihnen dieselbe wie an jenen Anstalten.

Zu 3. Als Hilfschularzt ist nur ein Psychiater zu nehmen. Er hat folgende Aufgaben:

1. die allgemeinen schulhygienischen Maßnahmen;
2. die Mitwirkung bei der Aufnahme der für die Hilfschule geeigneten Kinder aus der Normalschule;
3. die Untersuchung und womöglich Behandlung der körperlich kranken und gebrechlichen Kinder und die Zuwendung der öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen;
4. die Beratung des Lehrers bei der Kasuistik der anormalen seelischen Erscheinungen (Intelligenz- und Charakterstörungen) seiner Zöglinge;
5. die Mitwirkung bei der Entlassung, und zwar
   a) bei der Versetzung ungeeigneter Kinder in Anstalten,
   b) bei der Unterbringung der schulfreien Zöglinge in eine Berufsarbeit;
6. die Teilnahme und Beratung bei den Hilfschulkonferenzen, die für Bezirke mit vielen Hilfschulen durch die Schulaufsicht getrennt von den sonstigen Schulkonferenzen abzuhalten sind;
7. zeitgemäße Volksaufklärung
   a) über allgemeine rassenhygienische Fragen, ferner
   b) über die Hilfschularbeit und die moderne Geisteskrankenfürsorge.

Der Hilfschularzt bedarf einer besonderen Vorbildung, und zwar über:

1. allgemeine und spezielle Schulhygiene;
2. die Krankheiten des Kindesalters, besonders die nervösen und psychischen. Ausführlicher die Erscheinungen und Formen des jugendlichen Schwachsinns und der Psychopathien;
3. die Diagnostik und Behandlung der Sinnesdefekte (Seh- und Hörfehler);
4. die Diagnostik und Behandlung der Stimm- und Sprachleiden,
5. die Schulorthopädie und Heilgymnastik;
6. tiefergehende Kenntnisse in der physiologisch-experimentellen Psychologie und in der Psychogenese des Kindes;
7. die Grundzüge der Pädagogik, besonders in ihrer Anwendung in der Hilfsschule.

Für die Hilfschullehrer ist eine eigene Fachausbildung in sogenannten Hilfschulseminaren (auch heilpädagogische Seminare genannt) beabsichtigt. Es empfiehlt sich, diese Seminare an größere Schwachsinnigenanstalten mit Schuleinrichtungen und tüchtigen ärztlichen Kräften zu errichten. Es wäre zweckmäßig, die Ausbildung der Ärzte für Hilfschulen und Schwachsinnigenanstalten mit diesen Seminaren in geeigneter Weise zu verbinden.



Zu 2. Die Schwachsinnigenanstalt nimmt eine Zwischenstellung zwischen Pflegeanstalt und Hilfschule ein. Dementsprechend hat der Arzt an derselben eine erweiterte und beide Aufgabengebiete umfassende Wirksamkeit, einerseits die hygienischen, diätetischen und kurativen Maßnahmen der Pflege, andererseits die Mitwirkung bei den psychiatrisch-pädagogischen Aufgaben der Schul- und Arbeitserziehung. Der Arzt an der Schwachsinnigenanstalt muß daher ebenfalls die Vorbildung eines Hilfschularztes genießen. An der Anstalt bedarf es noch im besonderen

a) einer ärztlichen Aufnahme- und Beobachtungsstation für die Neulinge und die schwierigeren Fälle,

b) ferner sollte er mit den Lehrern regelmäßig in 14 tägigen Konferenzen die Neuaufnahmen und Spezialfälle hinsichtlich Therapie und Prognose für die soziale Wertigkeit besprechen. Es empfiehlt sich dabei, geeignete psychiatrisch-pädagogische Themen und die Literatur der Heilerziehung zu erörtern. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Psych.-Neurol. Wochenschrift.)

In der Diskussion drückt *Peretti*-Grafenberg seine Freude aus über die Fortschritte, welche die Schwachsinnigenfürsorge neuerdings gemacht hat. Er bedauert, daß sich bisher nur so wenig Ärzte für dieses Fach der Medizin melden. Für die Schwachsinnigen muß überhaupt noch viel mehr geschehen. Die Fürsorgeanstalten für Geisteskranke müssen immer weiter ausgebaut werden und sich auch der Schwachsinnigen und Idioten annehmen.

Witte-Bedburg: Demonstration. 1. Rückenmarksveränderungen in einem Fall von perniziöser Anämie bei einem 60 jährigen Manne, welcher seit 25 Jahren wegen eines Verblödungsprozesses in Irrenanstalten verpflegt wurde. Die Degenerationsherde sind hier hauptsächlich in den Hintersträngen lokalisiert und finden sich in allen Höhen des Rückenmarks; besonders breit und massig sind sie im Lumbalmark, wo sie stellenweise den Plaques bei multipler Sklerose ähneln; auch die übrigen Bezirke der weißen Substanz sind nicht frei; in dem einen Pyramidenseitenstrang des 4. Lumbalsegments findet sich ein kleiner, rundlicher, scharf umschriebener Herd. An den kleinsten Herden sieht man, daß die Myelinscheiden der weißen Markfasern aufgequollen sind, während entzündliche Erscheinungen fehlen; im Zentrum vieler Herde und auch sonst im Rückenmark und Gehirn sind kleine Arterien mit hyalin veränderter Media nachweisbar. — Die fettige Entartung der inneren Organe sowie der quergestreiften Muskulatur ist hochgradig. Vortragender demonstriert vom fettig degenerierten Herzmuskel ein paar Mikrophotographien in den natürlichen Farben (Kopien von *Lumière*-Autochromaufnahmen auf Utocolorpapier) und glaubt, daß dies neue Verfahren für Demonstrationszwecke wohl nutzbar gemacht werden kann.



2. Ein Fall von Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse bei einem 54 jährigen Manne, welcher in weit vorgeschrittenem körperlichen und geistigen Verfall der Anstalt zugeführt wurde und nach 6 Wochen im tiefsten Marasmus starb. Symptome: Sprache wechselnd: dysarthrisch, dann wieder langsam, fast skandierend, in der Tonhöhe wechselnd; Lichtreaktion der Pupillen normal, ebenso der Augenhintergrund. Kein Nystagmus. Sehnenreflexe der Extremitäten lebhaft. Cerebellare Ataxie. Bisweilen clonusähnliche Zuckungen der Beine und besonders der Arme, häufig auch Bewegungen, welche wie ein Gemisch von klonischen Zuckungen, choreatischen und willkürlichen Bewegungen aussehen, und bei denen bald diese, bald jene Komponente überwiegt, und welche an Intensität zunehmen, wenn der Kranke sich beobachtet weiß. Schmerzempfindung normal. Anamnese: Keine Heredität. Im 16. Jahre vorübergehend geisteskrank. Über Lues nichts Sicheres bekannt. Dauer der Krankheit vielleicht 10 Jahre. Sektion: Gewicht des Gesamtgehirns 1290 g. Chronische Leptomeningitis des Großhirns. Kleinhirn auffällig klein, wiegt nur 90 g (also kaum zweidrittel des Normalen); dabei in allen Teilen wohlgebildet. Mikroskopisch besteht eine Sklerose des Cerebellum: Atrophie der molekularen Schicht, Lichtung der Körnerschicht und Verschmälerung der Marksubstanz; die *Purkinje*schen Zellen sind fast völlig geschwunden, und es findet sich eine exzessive Gliawucherung aller drei Schichten. An Markscheidenpräparaten sieht man eine erhebliche Lichtung in der Markfaserung der Hemisphären, während die Markmassen innerhalb des Corpus dentatum intakt sind. Von den Bahnen des Kleinhirns sind die zur Vierhügelgegend intakt und die zur Brücke gelichtet; auch sind die Fibrae arcuatae internae und olivo-cerebellares fast völlig zugrunde gegangen, die Oliven atrophiert und zeigen starke Gliawucherung. Dieser Symptomenkomplex ist von *Dejerine-Thomas* als Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse bezeichnet worden. Nicht immer sind alle Symptome vorhanden, es fehlt z. B. manchmal die Degeneration der Brücken- oder Olivenfasern, auch kommen Übergänge von *Friedreich*scher Krankheit und von Hérédoataxie cérébelleuse vor; ferner sind gelegentlich auch andere Rückenmarksbahnen affiziert, so hier die zum Cerebellum aufsteigende Kleinhirnseitenstrangbahn und das *Gowers*sche Bündel, welche beiderseits im ganzen Verlauf gelichtet sind.

F. Sioli-Bonn: Beitrag zur Histologie der Dementia praecox.

Demonstration von Mikrophotographien aus der Hirnrinde einer Patientin, die nach fünfjähriger wüster katatoner Erregung mit Sinnestäuschungen und Wahnideen gestorben war.

Es fand sich mikroskopisch eine schwere Veränderung der Hirnrinde. Entzündliche Erscheinungen fehlten, es bestand eine schwere und allgemeine Ganglienzellerkrankung mit Neigung zum Zerfall und erheblicher



Beteiligung der Glia. Die Gliazellen in Rinde und Mark waren im Sinne der amöboiden Glia verändert und zeigten einen besonders schweren und allgemeinen Zustand dieser Art. Faserneubildung fehlte, es waren erheblich weniger Fasern und Faserzellen als normalerweise vorhanden, an der Oberfläche des Gehirns fanden sich an vielen Stellen statt der Gliafasern *Alzheimer*sche Füllkörperchen. Das scharlachfärbbare Lipoid war in Ganglien- und Gliazellen kolossal vermehrt, es fand sich viel Pigment in den Gliazellen, den Gefäßscheiden und Gefäßwandzellen des Gehirns und in der Pia. Die Veränderung war über die ganze Hirnrinde diffus verbreitet. an allen untersuchten Stellen fanden sich verschieden weit vorgeschrittene Bilder. Zwischen den einzelnen Teilen des Rindenmantels fanden sich keine wesentlichen Unterschiede, nur das Lipoid war in den Schnitten aus den frontalen Rindengegenden etwas reichlicher und zeigte sich im ganzen in den oberen Schichten der Rinde stärker vermehrt.

Außer diesen diffusen Veränderungen finden sich noch ganz besondere fleckförmige Stellen, an denen die allgemeine Veränderung der Ganglien- und Gliazellen so stark ist, daß eine deutliche Schichtstörung und zum Teil eine fleckförmige Atrophie der Hirnrinde dadurch hervorgerufen wird; diese Stellen beschränken sich durchaus auf die Rindenschichten oberhalb der vierten, mit Gefäßen waren sie nicht in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Diese Veränderungen der Hirnrinde stellen einen besonders schweren und bis zur Zerstörung der Rinde fortgeschrittenen Grad eines Abbauprozesses vor, wie er in geringer Ausbildung auch bei andern Fällen von Dementia praecox gefunden wurde. Im vorliegenden Falle entsprach die Schwere der histologischen Veränderungen der Schwere des klinischen Zustandsbildes, so daß man den Befund wohl als das anatomische Substrat der Psychose betrachten darf.

Der leitende Arzt des Franz. Sales-Hauses in Essen-Huttrop macht davon Mitteilung, daß die Ärzte der Privatanstalten der Rheinprovinz sich zu einer Vereinigung zusammengeschlossen haben mit folgender Satzung:

Satzung

der Vereinigung der Ärzte an den Privatanstalten der Rheinprovinz.

1. Zweck der Vereinigung ist die Förderung:
   a) der praktischen ärztlichen Aufgaben in der privaten Geisteskranken- (d. h. Irren-, Idioten- und Epileptiker-) fürsorge;
   b) der wirtschaftlichen (ideellen und materiellen) Stellung der Anstaltsärzte;
   c) der freundschaftlichen kollegialen Beziehungen.
2. Die Vereinigung sucht ihre Zwecke zu erreichen:
   a) durch Austausch persönlicher Erfahrungen;
   b) durch geeignetes Zusammengehen in gemeinsamen Fragen;

c) durch jährlich zweimal stattfindende Konferenzen, von denen eine abwechselnd an einer Anstalt tagt, die andere in Bonn im Herbst mit dem psychiatrischen Verein der Rheinprovinz.

3. Der Sitz der Vereinigung ist Bonn.
4. Die Leitung geschieht durch einen Vorstand von 3 Mitgliedern, die für 2 Jahre gewählt werden, der Vorstand hat zwischendurch Ersatzwahlrecht.
5. Mitglied kann jeder Arzt werden, der die unter 1. genannten Zwecke fördern will.

   Anmeldung geschieht beim zeitigen Vorsitzenden.
6. Der Jahresbeitrag beträgt 5 M.
7. Besondere öffentliche Mitteilungen der Vereinigung erfolgen in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.

Köln, Ewige Lampe, 6. November 1912.
Bonn, Lese, 23. November 1912.

Zurzeit 1. Vorsitzender: Sanitätsrat Dr. *Tippel*-Kaiserswerth bei Düsseldorf († 30. 12. 1912);
stellvertretender Vorsitzender: Dr. *Schneider*-Ensen bei Köln;
Schriftführer: Dr. *Kleefisch*-Essen-Huttrop.

Umpfenbach.



Kleinere Mitteilungen.

Berichtigung. — In der Überschrift des Berichts über die 19. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig am 8. Juli 1912 (69. Bd., S. 786) ist versehentlich gedruckt: Versammlung des „Norddeutschen" Vereins. Ich bitte, hier und im Inhaltverzeichnis an Stelle des Norddeutschen den Nordostdeutschen Verein zu setzen.

Die 38. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte wird am 24. u. 25. Mai in Baden-Baden (Konversationshaus) abgehalten werden. Anmeldungen von Vorträgen bis zum 14. Mai erbeten an einen der Unterzeichneten.

Schultze. Laquer.

Der 5. internationale Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke wird voraussichtlich erst im September 1913 zu Moskau stattfinden.

Eine historisch-medizinische Ausstellung ist im Anschluß an den internationalen medizinischen Kongreß in London im Sommer 1913 von Herrn *Henry S. Wellcome* vorbereitet worden. Sendungen für diese Ausstellung sind zu richten an The Secretary, 54a Wigmore Street, London W.

Nekrolog Krell. — Im Jahre 1912 hat die Zahl der sächsischen Irrenärzte drei schwere Verluste zu beklagen gehabt: Oberarzt Dr. *Früstück* in Hochweitzschen, Obermedizinalrat Dr. *Böhme*, Direktor von Colditz, im Frühjahr, und Obermedizinalrat Dr. *Max Krell*, Direktor von Großschweidnitz, im Spätherbst. Der Lebensgang des letzteren ist kurz folgender gewesen. Am 30. Juni 1855 zu Zwickau geboren, besuchte er hier das Gymnasium, welches er 1874 absolvierte. Hierauf bezog er ein Jahr lang die Universität Leipzig und dann Würzburg bis Sommersemester 1879. Vor dem Staatsexemen — 1880 in Würzburg — war er bei *Gerhardt*

und in Köln am Stadtkrankenhause tätig. 1879 war er promoviert. Von August 1880 bis November 1885 war er als zweiter Arzt an der Privatanstalt von Dr. *Brosius* in Bendorf tätig und lernte hier seine spätere Frau, eine Tochter seines Chefs, kennen. Am 1. Dezember 1885 trat er als Hilfsarzt in Colditz ein, kam als Anstaltsarzt am 1. Mai 1887 nach Hubertusburg, avancierte am 1. Juni 1888 daselbst zum Oberarzt, ward als solcher am 1. Mai 1891 nach Colditz zurückversetzt. Am 1. Mai 1899 ward er ärztlicher Leiter in Hochweitzschen, kam als designierter Direktor am 1. Januar 1902 nach Großschweidnitz (bei Löbau) und ward am 1. Juli zum Anstaltsdirektor und Medizinalrat ernannt, am 25. Mai 1908 zum Obermedizinalrat. Er starb am 21. November 1912 nach längerem Leiden (Schrumpfniere auf arteriosklerotischer Basis). Dies in kurzem die Hauptdaten seines Lebens. Aber wie reich war dieses ausgestaltet und welche seltenen Früchte hat es gezeitigt! Von Haus aus ein lebensfroher Mensch, mit lebhaften geistigen Interessen aller Art, auch künstlerischen, ein brillanter Gesellschafter, der sehr viel gesehen und erlebt hatte, ward er in den späteren Jahren durch allerlei traurige Lebensschicksale und die schon ziemlich früh eintretende Arteriosklerose mit ihrem unheimlichen Gefolge immer mehr Pessimist und verdüstert und zog sich schließlich immer mehr von den Menschen zurück, dabei aber war er für seine Familie und seine Kranken bis zuletzt treu sorgend und sich aufopfernd. Gewiß werden noch viele Kollegen des liebenswürdigen, lebenbejahenden Mannes von Kongressen her, die er gern besuchte, sich erinnern, und bei seinen vielen Instruktionsreisen machte er so manche Bekanntschaften, die ihm lieb und wert blieben. Bei dem alten *Brosius*, der ja als Erster in Deutschland das no-restraint einführte, machte er zwar eine harte, aber sehr nützliche Schule durch. Er war durch ihn völlig für das neue System gewonnen und wandte dasselbe an, sobald er selbständig handeln konnte. Er verstand sich vortrefflich mit den Kranken und Untergebenen, verband Freundlichkeit mit Strenge und Gerechtigkeit. Viel verlangte er von den letzteren, am meisten aber von sich. Er war der „geborene" Direktor, mit seinem Organisationstalent, großzügigem Wesen, weiten Ausblicken usw., und das konnte selbstverständlich nicht ganz ohne Harten abgehen. Er hat mit die Durchführung des Pflegerwesens in Sachsen begründet und für Großschweidnitz Ausgezeichnetes geleistet, so daß seine Anstalt eine Musteranstalt deutscher Lande in [illegible] Beziehung wurde. Er war die Seele des Ganzen, die nicht leicht zu ersetzen sein wird. Von seinem Könige mit hohen Orden ausgezeichnet, von Freunden hochgeschätzt, zeigte sein Begräbnis deutlich, bis wie tief hinab die Liebe zu ihm die ganze Anstalt durchzogen hatte. Hav- [illegible]

Näcke.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die [illegible] Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt zu Lorchingen bei Saarburg eingetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Paul Schroeder*, Prof., bisher in Berlin, ist zum o. Professor und Leiter der psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald ernannt worden.

Dr. *Albert Knapp*, früher leitender Arzt in Bethel, hat die ärztliche Leitung der Privatanstalt in Kropp übernommen.

Dr. *Adolf Passow*, bisher in Kropp, ist 2. Arzt der Privatanstalt Eichenhain in Hamburg-Eimsbüttel geworden.

Dr. *Georg Schlomer* ist in die Dr. *Weiler*sche Anstalt in Charlottenburg-Westend als Mitinhaber und leitender Arzt eingetreten.

Dr. *Jul. Bauer*, Oberarzt, ist von Jerichow nach Uchtspringe versetzt.

Dr. *Paul Nitsche*, bisher in Dresden, ist stellvertretender Direktor in Sonnenstein geworden.

Dr. *Jos. Offer*, San.-Rat, hat die Leitung der Landesanstalt Hall in Tirol niedergelegt.

Dr. *Emil Redlich* in Wien ist ao. Professor geworden.

Dr. *Alfr. Hauptmann* hat sich in Freiburg i. B. als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Ehrhard Bieberbach*, Dir. d. Landesanstalt Heppenheim, hat den Titel Geh. Medizinalrat erhalten.

Dr. *Wilh. Schubert*, Dir. der Prov.-Anst. Kreuzburg (Schl.) ist Sanitätsrat geworden.

Dr. *Ernst Siemerling*, Geh. Med.-R., Prof. in Kiel, hat den Roten Adlerorden 3. Kl. mit Schwertern,

Dr. *Friedr. Schäfer*, Geh. San.-R., Dir. der Prov.-Anst. Lengerich, u.

Dr. *Ernst Schultze*, Prof. in Göttingen, haben den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *Max Krell*, Obermedizinalrat, Dir. der Landesanstalt Großschweidnitz, ist am 21. Nov. im 58. Lebensjahre,

Dr. *Ludw. Wille*, früher Dir. von Friedmatt und Prof. in Basel, am 6. Dez. nach wiederholten Schlaganfällen im 79. Lebensjahre,

Dr. *Max Tippel*, San.-R., leit. Arzt der Privatanstalt Johannisberg in Kaiserswerth, am 30. Dez., 52 Jahre alt,

Dr. *Joh. Lauenstein*, leit. Arzt des Sanat. in Hedemünden, ist im 45. Lebensjahre gestorben.



Über die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Erkrankungen.[1])

Von Prof. Dr. **M. Rosenfeld** in Straßburg.

Die Frage nach den Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Erkrankungen oder zu körperlichen Vorgängen oder Veränderungen überhaupt ist schon vielfach der Gegenstand lebhafter Diskussionen gewesen. Neuere Anschauungen über endogene Ursachen psychischer und nervöser Störungen lassen diese Frage aber wieder von neuem diskutabel erscheinen.

Es interessieren uns hier zunächst nicht die zufälligen Komplikationen des manisch-depressiven Irreseins mit irgendwelchen körperlichen Erkrankungen; höchstens insoweit, als interkurrente körperliche Erkrankungen eine Phase des manisch-depressiven Irreseins beeinflussen, unterbrechen oder zum Schwinden bringen können. Es ist das ja eine alte klinische Erfahrung, daß körperliche Erkrankungen, namentlich Infektionskrankheiten, ein Nachlassen zahlreicher psychopathologischer Symptome veranlassen können. Diese Beobachtungen haben bekanntlich auch zu entsprechenden therapeutischen Versuchen geführt, welche auch neuerdings immer wieder in modernen Modifikationen auftauchen[2]). Dieses Verhalten von psychischen Symptomen gegenüber fieberhaften Zuständen zeigen aber die meisten Psychosen, und es ist dies nichts besonders Charakteristisches für das manisch-depressive Irresein.

Folgende Beobachtung erscheint in diesem Zusammenhange wohl mitteilenswert: Ein Mann leidet vom 28. bis zu seinem 45. Lebensjahre an regelmäßigen, jährlich wiederkehrenden Depressionszuständen, welche

[1]) Referat, erstattet auf der 42. Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte zu Straßburg am 9. und 10. November 1912.

[2]) Vgl. *Fischer*, Das Problem der Paralysetherapie. Prager med. Wchschr. Bd. 38, Nr. 2. 1913.



durch eine von einem Tag auf den andern einsetzende psychische Hemmung, durch Erschwerung aller intellektuellen Vorgänge und Entschlußunfähigkeit charakterisiert sind. Die Dauer der depressiven Phase betrug jedesmal 6 Monate, und zwar vom Juli bis Dezember. Auch der Abschluß der Depressionszustände war stets ein ganz plötzlicher, und der Übergang in den normalen Zustand erfolgte ebenso wie der Beginn der Erkrankung von einem Tag auf den andern. Nun erkrankte dieser Mann im Jahre 1908, und zwar in der ersten Hälfte dieses Jahres, an einem Abdominaltyphus, welcher mehrere Wochen zur Ausheilung in Anspruch nahm, und in diesem Jahre blieb nun die sonst regelmäßig im Juli einsetzende Depression zum ersten Male aus und wiederholte sich erst in der gewöhnlichen Weise ein Jahr später.

Beachtung verdient ferner die Tatsache, daß nach Infektionskrankheiten in der Rekonvaleszenz oft ein hypomanisches Zwischenstadium zu konstatieren ist, bevor in körperlicher Beziehung völlige Genesung eintritt.

Die zweite Frage wäre die, inwieweit das Bestehen von manisch-depressivem Irresein zu andern Erkrankungen disponiert. Es interessiert uns in dieser Beziehung hauptsächlich die Arteriosklerose. Viele sind der Meinung, daß die Veranlagung zum manisch-depressiven Irresein auch zu einer frühzeitigen Arteriosklerose disponiert. Jedoch trifft dies keineswegs immer zu, es gibt Fälle, in denen typische depressive und hypomanische Phasen bis zum 70. Jahr und darüber hinaus auftreten, ohne daß irgendwelche Zeichen von Arteriosklerose bestehen.

Ich kenne eine jetzt 73 jährige Dame, in deren Familie, — und das ist vielleicht wichtig — eine ungewöhnlich stark ausgeprägte gleichartige Vererbung des manisch-depressiven Irreseins durch drei Generationen nachweisbar ist, welche bis auf den heutigen Tag an typisch manisch-depressiven Schwankungen leidet und keine Symptome einer Arteriosklerose bietet.

Vielleicht finden sich derartige Fälle wie der eben geschilderte mit besonderer Vorliebe bei Frauen. Bei Männern sehen wir tatsächlich oft, daß zu vorhandener Zyklothymie, zu manisch-depressivem Irresein oder zu starker Emotivität frühzeitig sich Arteriosklerose hinzugesellt.

Die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und den Depressionen, welche mit der körperlichen Erkrankung an Arteriosklerose in Beziehung gebracht werden können, ist bekanntlich nicht immer leicht. Manche behaupten, daß ein depressiver Zustand im arteriosklerosefähigen Alter, wenn er mit einer erheblichen

Blutdrucksteigerung einhergeht, nicht mehr eine reine Depression darstellt, die zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen ist. Allein nach diesem einen körperlichen Symptom wird man bei der Differentialdiagnose nicht zu gehen brauchen, da das Krankheitsbild, welches bei einer durch Arteriosklerose bedingten Depression zustande kommt, durch mancherlei Züge recht charakteristisch sein kann. Es sind hier zu nennen: die flüchtigen deliranten Zustände, welche in solchen Fällen zuerst in der Nacht, dann aber auch am Tage auftreten, ferner leichte amnestische Störungen, Neigung zu Konfabulation und presbyophrene Züge. Was die Affektlage solcher Fälle angeht, so überwiegt meist eine monotone hypochondrische Verstimmung, und die dabei vorhandenen subjektiven Klagen über körperliche Mißempfindungen erinnern in der Art ihrer Verteilung und in der Art, wie sie vorgebracht werden und persistieren, an die körperlichen Beschwerden der Arteriosklerotiker. Die Affektausbrüche solcher Kranker erinnern manchmal an Zwangsweinen oder Zwangslachen, wobei ich natürlich nicht die ausgesprochenen Störungen meine, wie sie bei der Pseudobulbärparalyse aufzutreten pflegen. *Jastrowitz* und neuerdings *Redlich* betonen eine moriaartige Euphorie bei der arteriosklerotischen Affektstörung.

Da nun schwere zerebrale Arteriosklerose bestehen kann, ohne nennenswerte psychische Störungen und namentlich affektive Störungen zu verursachen, und da andererseits tiefe Depressionen und hypomanische Erregungen im höheren Alter vorkommen ohne arteriosklerotische Veränderungen, so wird man annehmen können, daß die Arteriosklerose nur dann zu Depressionszuständen führt, wenn auch eine Veranlagung zu pathologischen Affektreaktionen von irgendeinem Typus schon vorhanden war. Die Disposition zur frühzeitigen Arteriosklerose und die Disposition zu manisch-depressiven Affektschwankungen sind Degenerationszeichen, die einander koordiniert sind und dadurch, daß sie sich kombinieren, zu deletären Krankheitbildern führen können.

Schließlich können die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Erkrankungen oder gewissen Organveränderungen noch die sein, daß irgendein körperlicher Vorgang direkt zu psychischen Alterationen Veranlassung gibt, welche wir zum manisch-depressiven Irresein rechnen müssen.



Die Bezeichnung manisch-depressives Irresein ist nun ebenso wie die Bezeichnung Hysterie, Hypochondrie, neurasthenische Erschöpfung und Katatonie, in vielen Fällen zu einer adjektivischen Bezeichnung geworden, obwohl wir trotzdem daran festhalten, daß es eine wohlcharakterisierte Verlaufsform psychischer Alteration gibt, welche die Bezeichnung manisch-depressives Irresein verdient. Wir belegen mit diesem Wort eine chronische, konstitutionelle, degenerative Geistesstörung mit Neigung zu intermittierendem, gelegentlich periodischem Verlauf, welche endogene Ursachen haben muß, oder welche, anders ausgedrückt, autochthon entsteht, und stellen diesen Typus dadurch in einen prinzipiellen Gegensatz zu den sogenannten reaktiven Depressionen (*Reiß*).

Aber daneben wird die Bezeichnung manisch-depressiv auch für einen psychischen Reaktionstypus gebraucht, welcher bereitliegt — als einer der präformierten Symptomenkomplexe (*Hoche*), mit welchen das Nervensystem auf die verschiedensten Schädlichkeiten reagieren kann. Nehmen wir also eine abnorme Bereitschaft des Zentralnervensystems zu affektiven Schwankungen an oder eine erhöhte Reizbarkeit, welche *Jelgersma* als die Anlage zur manisch-depressiven Psychose aufgefaßt wissen will, so ist es natürlich möglich, daß die verschiedenartigsten körperlichen Vorgänge bzw. Erkrankungen zu Affektreaktionen führen können. Es wird also auf die individuelle Veranlagung des einzelnen Falles ankommen, ob er mit Affektschwankungen reagieren kann oder nicht. Die spezielle Ätiologie der Fälle wird eine mannigfaltige sein können, und die Zusammenfassung derartiger Fälle nach psychopathologischen Gesichtspunkten würde also zunächst die nosologische Stellung der Fälle ganz unberücksichtigt lassen.

Es gibt nun aber eine Reihe von Veränderungen mehr oder weniger pathologischer Natur, bei denen das Auftreten von abnormen Affektbewegungen nicht mehr in der psychopathologischen Individualität des Falles begründet zu sein scheint, da bei ihnen auffällig häufig, ja fast konstant Affektstörungen vorkommen, so daß ein innerer, d. h. ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden möglich erscheint. Auf diese Gruppen von Fällen soll nun näher eingegangen werden.

Die Frage nach den Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu funktionellen Psychosen und speziell zu der leichteren Form des manisch-depressiven Irreseins ist in letzterer Zeit wieder besonders

von gynäkologischer Seite diskutiert worden, und wir können mit Genugtuung konstatieren, daß gerade von dieser Seite neuerdings Auffassungen geäußert wurden, welche denjenigen entsprechen, die von psychiatrischer Seite schon länger vertreten worden sind. Ja, es will mir scheinen, als wenn manche Gynäkologen vielleicht zu weit gehen in der Zurückführung sogenannter psychoneurotischer Symptome auf rein psychische Ursachen.

Entgegengesetzte Meinungen werden u. a. vertreten von *Walthard* und *Bossi*. Letzterer läßt körperliche Erkrankungen, speziell solche der Genitalien, alle möglichen Folgezustände auf psychischem Gebiete direkt erzeugen. Wir werden seine Auffassung mit allen ihren praktischen Konsequenzen selbstverständlich ablehnen müssen. *Walthard* nimmt bekanntlich als Bindeglied zwischen Genitalien und psychischen Störungen, insbesondere der Psychoneurose, eine gesteigerte Affektivität an. Er fand nur in 10% der Fälle bei psychoneurotischen Frauen Genitalveränderungen. Der Zusammenhang zwischen Störungen der Genitalfunktionen und den psychischen Störungen ist ihm in der Hauptsache ein psychischer. Es ist die Überwertung der Genitalsymptome für die Gesundheit und für die Lebensführung infolge der gesteigerten Affektivität das Wesentliche, und diese führt zu Störungen des psychischen Gleichgewichts. *Walthard* betont aber doch, daß das Manifestwerden solcher psychischen Störungen wohl auf körperliche Erkrankungen zurückzuführen ist, welche zu Konsumption der Kräfte und zu Kachexie führen. Auch die sogenannten Ausfallerscheinungen im Klimakterium oder nach operativer Entfernung der Ovarien und des Uterus sind nach ihm nicht Folgezustände der Genitalveränderungen oder des Verlustes des Genitalapparates; sie beruhen auch nicht auf Störungen oder auf dem Fortfall der inneren Sekretion. Primär ist die gesteigerte Erregbarkeit und die pathologische Denkweise, welche zu unrichtigen Werturteilen führt. Aber *Walthard* fügt dann selbst hinzu, daß diese von ihm als primär bezeichneten psychischen Störungen und die Steigerung der Erregbarkeit ihrerseits wieder hervorgerufen sein können durch irgendwelche endogene Ursachen, z. B. durch Störungen der Blutdrüsenfunktionen.

An dieser Stelle beanspruchen wohl die Untersuchungen von *Schickele* eine kurze Erwähnung. Es ist bekannt, daß neuerdings die sogenannten Ausfallerscheinungen im Klimakterium — und dazu

gehören auch gewisse psychische Störungen, namentlich Affektbewegungen — in Beziehung zu den Organen mit innerer Sekretion gebracht werden, welche eine Änderung im Sympathikus-Tonus bedingen können. *Schickele* hat diese Anschauung dadurch zu stützen gesucht, daß er bei kastrierten Tieren durch Einspritzung von Ovarial- oder Uterusextrakt gewisse Erscheinungen an den Schleimhäuten der Genitalien erzeugen konnte, welche den physiologischen Vorgang der Brunst zu begleiten pflegen. Ja, die Menstruation selbst wird von manchen als ein Folgezustand der inneren Sekretion der Ovarien aufgefaßt, welche periodisch auftritt, und es wird behauptet, daß die Menstruation ein Vorgang sei, durch welchen die Funktion anderer Drüsen mit innerer Sekretion periodisch beeinflußt werden könne. *Schickele* ist auch geneigt, gewisse Blutdrucksteigerungen im Präklimakterium, aber auch bei jüngeren Frauen, auf eine Störung der Ovarialsekretion zu beziehen.

Damit ist also die Pathogenese mancher nervösen und psychischen Symptomenkomplexe doch wieder auf gewisse körperliche Ursachen, also eventuell auf Störungen der inneren Sekretion, zurückgeführt. Die ätiologische Verknüpfung der uns hier interessierenden Vorgänge soll also folgende sein: endogene Intoxikation, individuell verschieden starke, vielleicht bis dahin latente und jetzt gesteigerte psychische Erregbarkeit, durch welche ihrerseits Organempfindungen erzeugt oder mehr beachtet werden und nun so die lokalisierten Beschwerden zustande kommen.

Walthard kommt zu dem Schlusse, daß jede örtliche Behandlung der Unterleibsorgane in diesen Fällen verwerflich ist. Eine Auffassung, der wir ohne weiteres beipflichten müssen. Der zweite Grundsatz von *Walthard* aber lautet: die ätiologische Behandlung dieser psychoneurotischen Symptome ist die Psychotherapie oder die sogenannte psychische Orthopädie (*Dubois*). Ob diese Auffassung im allgemeinen richtig ist, erscheint mir noch fraglich. Gewiß gibt es Fälle, und sie kommen den Gynäkologen vielleicht häufiger in die Hände als uns, in denen eine energische Psychotherapie die einzelnen psychoneurotischen Organsymptome gut beeinflussen kann. Das ist aber noch nicht identisch mit einer Heilung der abnormen psychopathologischen Grundlage, auf welcher sich die psychischen und nervösen Symptome entwickelt haben. Gewiß spielt die Psychogenie bei dem individuellen



Inhalt von Depressionszuständen eine gewisse Rolle, aber die Grundveränderung, welche speziell einer manisch-depressiven Phase zugrunde liegt, ist eben sicherlich nicht psychogenen Ursprungs, wie dies *Bonhöffer* in seinem vorjährigen Referat nochmals ausdrücklich hervorgehoben hat, und daher auch nicht psychotherapeutisch zu beeinflussen. Man muß berücksichtigen, daß es leichtere Fälle des manisch-depressiven Irreseins gibt, welche sich in einigen Wochen, ja manchmal nur in einigen Tagen abspielen, um irrtümliche Bewertung psychotherapeutischer Bemühungen zu vermeiden.

Was soeben über die Beziehungen von Depressionszuständen zu den Genitalerkrankungen bzw. Genitalbeschwerden gesagt wurde, läßt sich in folgender Weise verallgemeinern: Wir können an Stelle der Genitalien alle diejenigen Organe setzen, welche mit dem sympathischen Nervensystem in besonders enger Beziehung stehen und dadurch dem Zentralnervensystem gegenüber eine gewisse funktionelle Selbständigkeit bewahrt haben. Ich verweise hier zunächst auf die Diskussionen über die Beziehungen der nervösen Dyspepsie zu den leichteren Formen des manisch-depressiven Irreseins und der Zyklothymie. Die Resultate der klinischen Untersuchungen, welche namentlich von *Wilmanns* und von *Dreyfus* ausgeführt worden sind, sind bekannt. Auch dort kam man zu dem Resultate — welchem von vielen Seiten beigestimmt wurde —, daß die Organbeschwerden, welche als nervöse Dyspepsie bezeichnet werden, sekundäre sind, die Verstimmung oder die Depression das Primäre. *Dreyfus* warnt aber mit Recht davor, bei derartigen Fällen die körperliche Untersuchung zu vernachlässigen. Nur dann sind sogenannte psychische Ursachen anzunehmen, wenn die körperliche Untersuchung vollkommen negativ ausgefallen ist. Die Beziehung der Enteroptose, besonders der Gastroptose, zu den Depressionszuständen faßt man heute auch nicht mehr so auf wie früher. Niemand denkt sich den Zusammenhang zwischen den genannten körperlichen und psychischen Zuständen so, daß etwa durch den Deszensus der Eingeweide unangenehme Sensationen und dadurch Depressionszustände erzeugt werden, sondern man nimmt auch für diese Fälle an, daß der Depressionszustand zum mindesten eine selbständige psychische Störung darstellt, welche kommt und geht, ohne daß sich in dem körperlichen Befunde etwas zu ändern braucht, so daß also Enteroptose und Depression wahrscheinlich koordinierte Störungen

sind, welche vielleicht eine gemeinsame Ursache haben. *Strümpell* spricht bekanntlich von einer psychogenen Dyspepsie, und *Martius* nimmt als Bindeglied zwischen den körperlichen Beschwerden und dem psychischen Zustande eine kortikale Hyperästhesie, *Romberg* eine sogenannte psychische Hyperästhesie an. Man hat auch von einer emotionellen Dyspepsie gesprochen, um mehr akut entstandene Zustandsbilder dadurch zu bezeichnen.

Eine erhöhte Bereitschaft des zentralen Nervensystems zum Empfinden von Reizen oder Organempfindungen, die aus der Peripherie kommen, ist nach *Mathes* das Wesentliche solcher Störungen.

Aber wie kommt diese erhöhte Reizbarkeit des Zentralnervensystems zustande? Da wird nun von abnormen Ermüdungsstoffen, von endogenen Intoxikationen oder Ernährungsstörungen gesprochen als letzter Ursache dieser Veränderung. Bewiesen ist aber in dieser Beziehung, wie wir später noch sehen werden, verhältnismäßig wenig.

Das, was ich soeben ausführte, kann nun auch für die Beziehungen von Depressionszuständen zu dem Gefäßsystem, zu den vasomotorischen Störungen gelten. Das Gefäßsystem steht in allerengster Abhängigkeit von psychischen Vorgängen, mehr noch als alle anderen peripheren Organe. Wenn sich auch nicht bei allen Menschen Affektbewegungen gleich in körperliche Symptome von seiten des Magens und des Darmes umsetzen, so ist die Abhängigkeit der Blutfülle des Gesichtes, des Gewebstonus, der Pulsfrequenz und der Atemfrequenz von affektiven Vorgängen eine ganz banale und allgemein bekannte Erfahrung; oder anders ausgedrückt: die Durchlässigkeit des Zentralnervensystems für psychische, von der Großhirnrinde ausgehende Reize auf das sympathische Nervensystem, speziell auf das Gefäßsystem, ist eine sehr große, namentlich bei Kindern, bei Frauen und bei Leuten mit labilem Gefäßsystem. *Mathes* hat vielleicht recht, wenn er diese Labilität des sympathischen Systems bei Erwachsenen als ein Symptom eines asthenischen Infantilismus bezeichnet.

Also kann auch für das Gefäßsystem die Sache so liegen, daß die psychische Depression das Primäre und die vasomotorischen Krisen an der Peripherie des Körpers stets das Sekundäre sind. Alle zerebralen Erkrankungen verlaufen ja, namentlich im akuten Stadium, mit schweren Gefäßkrisen. Ich erinnere an die akuten Fälle von

Dementia praecox, an die apoplectiforme Wochenbettkatatonie und die Gefäßkrisen bei Tabes und Paralyse. Also können die vasomotorischen Störungen auch weiter keine diagnostische Bedeutung haben und namentlich auch über die Pathogenese eines Falles nichts aussagen. Sie sind also entweder direkte Folgen der zerebralen Vorgänge, oder beide sind koordiniert wie die Enteroptose und die Depression und haben vielleicht eine gemeinsame Ursache.

Nun sehen wir aber die vasomotorischen Störungen primär in allen möglichen Formen an der Peripherie des Körpers auftreten, halbseitig, doppelseitig, symmetrische und unsymmetrische Stellen des Körpers befallen und zwar oftmals ohne alle psychischen und zerebralen Störungen. Jeder kennt die zahlreichen Formen der funktionellen vasomotorischen Neurose, deren Gebiet mit Recht mancherlei Erweiterungen erfahren hat. Ich brauche das im einzelnen nicht auszuführen. Wir sehen funktionelle angioneurotische Beschwerden eine klinische Selbständigkeit haben, ohne jeden Zusammenhang mit psychischen Störungen, namentlich ohne Zusammenhang mit depressiven Phasen. Ja, man scheut sich nicht, angioneurotische Beschwerden als Vorstadium angiosklerotischer Prozesse anzusehen, welche also bereits organische Veränderungen repräsentieren. Auch hierfür brauche ich kaum Beispiele anzuführen; erwähnt seien kurz die Fälle von Dysbasia angiosclerotica, die sogenannte Angina cruris und die funktionellen Vorstadien des intermittierenden Hinkens.

Niemand wird für diese Formen der Angioneurose psychische Ursachen in dem Sinne annehmen, wie das für die nervöse Dyspepsie oder die psychoneurotischen Genitalsymptome geschehen ist.

Nun werden aber diese angioneurotischen Symptome an der Peripherie des Körpers nicht selten auch von psychischen oder zerebralen Symptomen begleitet, und zwar finden sich hier von psychischen Störungen hauptsächlich wieder Affektschwankungen, unter denen vor allem ein lebhafter Angstaffekt mit einer Art von somatopsychischer Desorientierung, ein Insuffizienzgefühl auf körperlichem und psychischem Gebiet besonders zu erwähnen sind, während eine primäre psychische Hemmung auf motorischem oder intrapsychischem Gebiet ganz zurücktritt, ja meistens fehlt. Drängen sich nun die genannten psychischen Symptome mehr in den Vordergrund des klinischen

Bildes, so sucht sich mancher Diagnost damit zu helfen, daß er sagt, die genannten körperlichen angioneurotischen Symptome finden sich eben sehr häufig bei neurasthenischen und hysterischen Zuständen, womit also die Symptome wieder als sekundäre oder psychogen zustande gekommene abgetan werden können.

Damit scheint die Sachlage aber, für die Gruppe von Fällen, welche ich im Auge habe, nicht genügend geklärt. Schon der Parallelismus zwischen angioneurotischen Symptomen und den arteriosklerotischen Beschwerden, ferner die Tatsache, daß auch sonst bei mehr organisch bedingten Veränderungen im Gefäßapparat Affektbewegungen, namentlich ein ängstlicher Affekt, aufzutreten pflegen, sprechen schon dafür, daß manche Formen der vasomotorischen Neurose nicht psychischen Ursprungs sind, sondern daß sie doch einen besonderen pathologischen Mechanismus darstellen, welcher sich — trotz seiner Abhängigkeit von psychischen Vorgängen — in pathologischen Fällen eine gewisse Selbständigkeit bewahrt hat, daß die Störung primär auftreten kann, und daß auch gewisse zerebrale und psychische Störungen ähnlichen Vorgängen ihre Entstehung verdanken, wie die vasomotorische Neurose an der Peripherie des Körpers. Denn wir wissen seit einiger Zeit mit Sicherheit — was früher lebhaft bestritten wurde —, daß auch das zerebrale Gefäßsystem ebenso wie die peripheren Gefäße Vasomotoren besitzen, welche zwar in ihrer Anlage und ihrer zentralen Regulation gegenüber den übrigen vasomotorischen Systemen und vasomotorischen Zentren eine große Selbständigkeit haben, in denen aber doch schließlich dieselben Vorgänge sich abspielen können wie in den entsprechenden Systemen an der Peripherie des Körpers und an den inneren Organen.

Ich habe schon vor einer Reihe von Jahren auf eine Gruppe von Fällen hingewiesen, welche ich als vasomotorische Neurose und vasomotorische Psychose bezeichnet habe. Ich verzichte auf die genauere Beschreibung dieser Fälle. Ihre weitere Beobachtung, welche sich über viele Jahre erstreckt, lehrte, daß die Fälle keine hysterische Grundlage hatten, daß sie nicht als reaktive Depressionen auf äußere Ereignisse mit körperlichen Begleitsymptomen aufgefaßt werden konnten, daß auch exogene Ursachen, welche zur Erschöpfung führen konnten, fehlten. Und was das psychische Verhalten dieser Fälle anging, so zeigten sich Symptomengruppen, welche an diejenigen des

manisch-depressiven Irreseins in einzelnen Zügen sehr wohl erinnern konnten.

Die Fälle, die ich hier im Auge habe, werden dem Leser vielleicht dadurch sofort nähergerückt, wenn ich sie in Beziehung setze zu den Fällen von *Basedow* mit vasomotorischen und psychischen Störungen. Hier sehen wir infolge der Störung einer Drüsenfunktion, wahrscheinlich einer Hyperfunktion der Schilddrüse, die bekannten zahlreichen Symptome von seiten des Sympathikus und daneben die mannigfaltigsten Formen psychischer Alteration, akute, chronische, heilbare und unheilbare; und es ist nicht zu verkennen, daß, namentlich im Beginn derartiger Fälle, die affektiven Störungen überwiegen. *Ziehen* hat neuerdings die Beziehungen der *Basedow*-Krankheit zu den Geisteskrankheiten wieder besprochen. Er betont auch, wie ja längst bekannt, die vorzugweise Beteiligung des Affektlebens, namentlich das häufige Auftreten des ängstlichen Affektes, und er hält ferner die manische Erregung für die eigentliche *Basedow*-Psychose. Sehen wir von dieser speziellen Frage ab; *Ziehen* meint, die pathologische Affektstörung beruhe auf Zirkulationsstörungen, und zwar auf zerebralen Zirkulationsstörungen, während er die andern chronischen und unheilbaren Formen der *Basedow*-Psychose mit Wahnbildung oder Defekt für eine toxische Psychose hält. Nun, das ist eine Meinung, über die sich streiten läßt. Aber eins ist in diesen Fällen doch sicher, nämlich daß die psychischen Störungen und die vasomotorischen Störungen nicht psychogenen Ursprungs sind, sondern es soll hier eine endogene Intoxikation sowohl die körperlichen wie die zerebralen und psychischen Symptome erzeugen. Man scheut sich heutzutage auch nicht, zu sagen: die Schilddrüse wirkt direkt erregend auf den Affekt; ja man stellt sie sogar in funktionellen Gegensatz zu der Hypophyse, deren Erkrankung oder gesteigerte normale Produktivität eine Abschwächung der Affektbewegungen erzeugen soll.

Ich will aber doch der Vollständigkeit wegen erwähnen, daß selbst die Entstehung der körperlichen Symptome bei *Basedow* bis zu einem gewissen Grade auf psychische Ursachen, namentlich auf starke affektive Erregungen zurückgeführt werden. Die Verschlimmerung von *Basedow*-Symptomen durch psychische Einflüsse ist ja längst bekannt. Diese Anschauung hat aber neuerdings noch eine moderne Begründung erfahren. *Münzer* stellt sich z. B. vor, daß zwar bei dieser Erkrankung

die innere Sekretion gewisser Blutdrüsen, namentlich also der Schilddrüse, ihrerseits auf das Nervensystem krankmachend wirkt, daß aber andererseits auch psychische Vorgänge eine gesteigerte Sekretion der in Frage kommenden Blutdrüsen veranlassen können, wodurch dann wieder stärkere Vergiftungserscheinungen am Zentralnervensystem hervorgerufen werden können. Also ein Circulus vitiosus zwischen Nervensystem und den Blutdrüsen mit innerer Sekretion. Trotzdem es also möglich ist, daß durch psychische Vorgänge auch gewisse *Basedow*-Symptome hervorgerufen oder wenigstens verschlimmert werden können, werden wir in der endogenen Intoxikation doch schließlich die eigentliche Ursache der körperlichen, nervösen und psychischen Störungen bei *Basedow* sehen.

Nun könnte jemand jene Fälle, welche ich als vasomotorische Neurose und Psychose zu charakterisieren versucht habe, als formes frustes von *Basedow* ansehen. Ich erinnere kurz an eine Arbeit von *Stern*, der neuerdings noch die Gruppe der sogenannten Basodowoide abzutrennen versucht hat. Obwohl die lange Beobachtung meiner Fälle gezeigt hat, daß alle klassischen Symptome des *Basedow* in diesen Fällen dauernd gefehlt haben, so will ich diesen Einwand, daß es sich um rudimentäre Fälle von *Basedow* gehandelt hat, hier nicht weiter zu widerlegen versuchen, da es mir zunächst nur darauf ankommt, zu betonen, daß Fälle mit lebhaften affektiven Störungen, welche in mancherlei Beziehungen und in ihrem Verlauf an das manisch-depressive Irresein erinnern, doch vielleicht ihre letzte Ursache in mehr körperlichen, und zwar extrazerebralen Vorgängen haben und sich demnach mit Rücksicht auf diese besondere Pathogenese von andern Typen des manisch-depressiven Irreseins abtrennen lassen. Dieser Einwand führt uns nun zu einer Gruppe von neueren Arbeiten über das viszerale Nervensystem. Das viszerale Nervensystem — auf die von *Langley* genauer begründete Unterscheidung des sympathischen von den autonomen Systemen und deren pharmakologischen Antagonismus wollen wir hier gar nicht eingehen — das viszerale Nervensystem hat eine gewisse physiologische Selbständigkeit, wie lange bekannt; es kann also auch eine eigene, vom Zentralnervensystem unabhängige Pathologie haben, und diese besteht u. a. darin, daß es sozusagen für sich, in einen Zustand erhöhter Ansprechbarkeit oder Erregbarkeit kommen kann, und wir sprechen dann heutzutage von

einer sogenannten Vagotonie oder in manchen Fällen von einer latenten Disposition zu Vagotonie.

Die physiologischen Merkmale des experimentell gereizten autonomen oder sympathischen Systems sollen mit dem klinischen Bilde der Vagotonie der Menschen ziemlich gut übereinstimmen.

Die Vagotonie ist eine funktionelle Erkrankung der autonomen Systeme und tritt nun lokalisiert oder generalisiert, familiär oder in Einzelfällen, permanent oder periodisch in verschiedenen Altersstufen auf. Die Symptome dieser funktionellen Tonussteigerung oder Tonusänderung in den autonomen Systemen können lokalisiert bleiben, indem eben nur bestimmte Abschnitte des autonomen Systems abnorm reagieren. Die Störung zeigt eine Neigung zu Periodizität und kann sich mit zahlreichen degenerativen Konstitutionsanomalien kombinieren.

Die Vagotonie soll der Ausdruck einer Minderwertigkeit des Nervensystems sein, ein Degenerationszeichen, das in Verbindung gebracht wird mit dem Status lymphaticus oder Status thymicus. Und was nun die Ätiologie des Symptomenkomplexes angeht, so wird vermutet, daß die Blutdrüsen ganz allgemein, besonders vielleicht die Schilddrüse, an diesem pathologischen Verhalten des vegetativen Nervensystems schuld sind, und so suchen manche Autoren, z. B. *Bauer* und *Wiener*, die Krankheitsform einer sogenannten Blutdrüsenneurose zu begründen.

Auf die Einzelheiten dieses Gebietes kann ich natürlich hier nicht eingehen. Man spricht aber heutzutage so viel von dem wechselseitigen Verhältnis des Sympathikus und der Drüsen mit innerer Sekretion, namentlich auch über die Einwirkung der Blutdrüsen auf den Ablauf psychischer Funktionen, daß wir nicht gut an den bereits festgestellten Tatsachen vorbeigehen können, sondern wir werden mit zu prüfen haben, ob die neu erwiesene Selbständigkeit des vegetativen Nervensystems, die sich auch auf seine Pathologie erstreckt, auch für die Pathologie gewisser psychischer oder zerebraler Symptomenkomplexe eine Bedeutung hat, welche bis jetzt eine andere Deutung und Klassifikation erfahren haben. Und wir werden zu prüfen haben, ob aus den kurz skizzierten experimentellen und klinischen Tatsachen neue Gesichtspunkte für die Beziehungen zwischen Depressionszuständen und jenen streng lokalisierten Organbeschwerden gewonnen

werden können, von denen ja, wie erwähnt, angenommen wird, daß sie sekundärer Art und psychogen entstanden sind.

Niemand leugnet, daß Affektivität und Sympathicus in engter Beziehung zueinander stehen, daß vielleicht ein Parallelismus zwischen beiden besteht, so daß Vorgänge des einen Gebietes sich mit Vorgängen des andern Gebietes sozusagen messen lassen, auch wenn sich schließlich herausstellen sollte, daß beide koordinierte Vorgänge darstellen, welche eine gemeinsame Ursache haben.

Ich sehe in dieser Betonung der Selbständigkeit der Physiologie und Pathologie des vegetativen Nervensystems eine Bestätigung der Auffassung, daß jene Gruppe von Fällen, die ich seinerzeit allein mit Rücksicht auf den klinischen Verlauf als vasomotorische Neurose und Psychose zu charakterisieren versuchte, eine gewisse klinische Selbständigkeit hat.

Higier resumiert in seiner Zusammenstellung über die neueren Forschungen auf dem Gebiete der viszeralen Neurologie, daß namentlich bei den autochthon auftretenden Geisteskrankheiten — und dazu müssen wir die echten Fälle von manisch-depressivem Irresein doch rechnen —, daß namentlich auch bei intensiven Affektzuständen eine genaue Untersuchung der Organe mit innerer Sekretion und des sympathischen Nervensystems notwendig ist. Einige Untersuchungen liegen hier bereits vor. Sie beschäftigen sich mit Gleichgewichtsstörungen im viszeralen System bei verschiedenen Formen von Geistesstörungen. Erwähnt seien kurz die Untersuchungen von *Heß*, *Eppinger* und *Pötzel*, welche behaupten, daß die Ansprechbarkeit bzw. Erregbarkeit der sympathischen und autonomen Systeme auf Arzneimittel während der klimakterischen Melancholie und des manisch-depressiven Irreseins geändert ist; sie wollen gefunden haben, daß an der allgemeinen Hemmung in der Depression und an der Erregung in der Manie auch der Tonus des autonomen Systems teilnimmt; ob dies für die uns hier interessierende Form von Geistesstörung etwas Charakteristisches ist, bleibt allerdings dahingestellt.

Nach diesem Exkurs auf das moderne Gebiet der experimentellen Pharmakologie des vegetativen Nervensystems, über welches bekanntlich auf der diesjährigen Versammlung in Hamburg von pharmakologischer Seite (*Hans H. Meyer*) und von klinischer Seite (*Bauer*) referiert wurde, wollen wir nun noch einmal auf den immer noch als

zuverlässig zu bezeichnenden Boden der einfachen klinischen Beobachtung zurückkehren. Noch ein Wort über die Beziehungen affektiver Störungen zu den Erkrankungen des Herzens bzw. der Organe, deren Erkrankung zu Zirkulationsstörungen führten. Die engen Beziehungen, d. h. das häufige Auftreten von Affektstörungen bei mehr organischen Erkrankungen, aber auch bei den mehr funktionellen Erkrankungen des Herzens ist bekannt. Es kann dies kein Zufall sein. Bei Fällen mit sichtbaren Zirkulationsstörungen, Ödemen, Transsudaten, spricht man gern von Intoxikationen, sei es durch eine Überladung des Blutes mit Kohlensäure oder durch Sauerstoffmangel, bei Nieren und Leberaffektionen mit beginnenden allgemeinen Zirkulationsstörungen kommen andere Arten von Intoxikationsstörungen in Frage. Wir sehen aber auch Fälle, in denen eine beginnende Herzaffektion leichtesten Grades, leichte Veränderungen am Aortenbogen oder geringfügige Myodegeneration bestehen, die noch keineswegs Zirkulationsstörungen verursachen und keine sonstigen Organveränderungen hervorgerufen haben, von Anfang an mit lebhaftesten Angstaffekten, motorischer Unruhe und hypochondrischen Depressionszuständen einhergehen. Man könnte nun die Entstehung der affektiven Psychose in diesen Fällen sich so zustandekommend denken, daß infolge zunächst noch ganz geringfügiger Sensationen bzw. infolge geänderter Organempfindung die vielleicht richtige Vorstellung in dem Kranken auftaucht, er sei herzkrank, und da nun die Bewertung des Herzzustandes für Gesundheit und Leben eine sehr große ist, so kommt auf psychischem Wege infolge eines richtigen, aber vielleicht stark übertriebenen Werturteils die affektive Störung, sagen wir die hypochondrische Angstpsychose, bei diesen organischen Herzkranken zustande.

Auf diese Weise können z. B. auch die sogenannten vagotonen Neurosen des Herzens, die Angina pectoris vasomotoria, die *Herz*sche bradykardische Hypotonie und die sexuell entstandene Phrenokardie zu psychischen Begleitsymptomen, namentlich Angstanfällen und hypochondrisch gefärbten Depressionszuständen führen.

Aber gleichviel wie sich die Sache nun verhält, gleichviel ob beginnende organische Veränderungen am Herzen erst auf psychischem Wege sekundär psychische Störungen zustande kommen lassen, oder ob durch die Veränderungen am Gefäßsystem direkt eine Art somatopsychischer Desorientierung mit Angstempfindungen und depressiver



Stimmung entsteht, jedenfalls liegt die letzte Ursache der affektiven Störungen wieder in primären Organveränderungen, auf welche nun die Psyche individuell stark, aber bei dieser Gruppe von Fällen in einem auffällig großen Prozentsatze, mit Affektbewegungen reagiert. Die Möglichkeit soll nicht bestritten werden, daß auch hier als Bindeglied zwischen Psychose und Organerkrankung wieder die lebhafte, abnorme psychische Erregbarkeit anzusehen ist, wie das oben bei den psychoneurotischen Genitalsymptomen und bei der nervösen Dyspepsie ausgeführt wurde. Jeder kennt aber Fälle, in denen eine schwere hypochondrische Verstimmung mit Angstaffekt und hypochondrischen Gedankengängen, welche sich ganz exquisit auf das Herz beziehen, jahrelang bestehen kann, Fälle, die einen rein funktionellen Eindruck machen und zunächst auch bei genauester Untersuchung keinen organischen Befund am Herzen darbieten — und welche nachher doch, oft erst mit Hilfe der Radiographie, sichere, wenn auch vielleicht noch geringfügige, später stärkere Veränderungen am Herzen oder an den Gefäßen erkennen lassen, die dann doch für die besondere Lokalisation der krankhaften Organempfindungen nicht gleichgültig gewesen sein können.

Man wird nun den Einwand machen können: alle diese eben erörterten Krankheitsgruppen, bei denen die affektiven Störungen so auffällig im Vordergrunde stehen und fast regelmäßig gefunden werden, sie gehören noch nicht zum echten manisch-depressiven Irresein, bei welchem doch die autochthon auftretende Änderung der Affektlage, der Umschlag der Stimmung bzw. die primär auftretende Hemmung die Kardinalsymptome darstellen; wir haben zwar von den affektiven Störungen bei Arteriosklerose, *Basedow*, vasomotorischer Neurose, bei Blutdrüsenerkrankungen, von den Affektstörungen bei Vagotonie, bei Herzaffektionen und von Kreislaufpsychosen gesprochen, aber nicht vom manisch-depressiven Irresein. Ich will zugeben, daß nach Abzug aller dieser Fälle, in denen die genannten körperlichen Veränderungen sich in ganz auffälliger Weise mit affektiven Störungen zu kombinieren pflegen, eine Gruppe übrig bleibt, welche gar nichts mit allen diesen Erkrankungsformen zu tun hat, und in der die autochthon einsetzende Depression oder manische Erregung aus primär zerebralen Veränderungen, vielleicht infolge von Intensitätsänderungen des Stoffumsatzes im Gehirn selbst, eintreten, und daß dieses dann die eigent-



liche Gruppe des manisch-depressiven Irreseins darstellt, während alle anderen Fälle diese Bezeichnung noch nicht verdienen. Wir haben aber dann doch das erreicht, daß eine Reihe von Fällen, in denen die psychische Alteration sich vorwiegend in Form von affektiven Störungen abspielt, zu besonderen klinischen Gruppen zusammengefaßt werden konnte, und daß auf diese Weise die noch immer sehr große Gruppe des manisch-depressiven Irreseins eine weitere, nicht unerhebliche Verkleinerung erfahren hat. *Alzheimer* sagte in seinem Referat in Kiel, daß wir heutzutage nicht mehr die eine Erkrankung — das manisch-depressive Irresein — diagnostizieren dürfen, sondern verschiedene Typen der genannten Affektion.

Die Vorstellung aber, daß alle Depressionszustände, vielleicht auch diejenigen, welche zum echten manisch-depressiven Irresein gehören, schließlich doch die Folge von endogenen Intoxikationen sind, ist absolut nicht neu. Schon im Jahre 1876 hat *Meynert* diese Anschauung vertreten, und die moderne Lehre von der Wirkung der Störungen innerer Sekretionsvorgänge auf nervöse und psychische Vorgänge stellt eigentlich nur eine neue Formulierung dieser Anschauung mit neuerer, vielleicht besserer wissenschaftlicher Begründung dar. Nach alledem könnte man wohl die Frage aufwerfen, ob nicht das manisch-depressive Irresein einmal aus der Gruppe der rein funktionellen Psychosen auszusondern sein wird, und daß auch dieser psychischen Störung — wie *Stransky* sich ausdrückt — eine tiefere Reaktionsanomalie des Organismus zugrunde liegt.

Aus dieser kurzen Zusammenstellung, in welcher zahlreiche Fragen nur gestreift werden konnten, geht jedenfalls das hervor, daß die Korrelationen zwischen zahlreichen Körperorganen und Nervensystem sehr intime, mannigfaltige und zunächst noch kaum zu entwirrende sind, und daß wir noch nicht alle Möglichkeiten erschöpft haben, um aus der großen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins noch weitere Gruppen aussondern zu können, in denen vielleicht die Pathogenese mehr als bisher bei der klinischen Gruppierung der Fälle berücksichtigt werden kann.

Literatur.

Albrecht, Manisch-depressives Irresein und Arteriosklerose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 63, 1906, S. 402.

Albrecht, Gleichartige und ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 11, H. 5, S. 541—580.



Bornstein, M., Über die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originale, Bd. 5, H. 2, S. 145.

Biedls, Innere Sekretion, *Urban* und *Schwarzenberg* 1910, und *J. Bauer*. Neuere Untersuchungen über die Beziehungen einiger Blutdrüsen zu Erkrankungen des Nervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1911, Bd. 3, H. 3 u. 4.

Bonhoeffer, Wie weit kommen psychogene Krankheitzustände und Krankheitprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Ztschr. f. Psych. 1911, Bd. 68, S. 371—386.

Bossi, Über Chorea genitalen Ursprungs. Ztlbl. f. Gyn. 1911 Nr. 49.

Bossi. Ein typischer Fall hysterischer Lähmung infolge von Eierstock- und Uterusläsionen Gynäkol. Rundschau Bd. 5, Nr. 22.

Bratz, Gesonderte Formen erblicher Belastung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, 1910, S. 341. Sitzungsbericht.

Damköhler, Vererbung von Geisteskrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, 1910, S. 643.

Eppinger und *Hess*, Die Vagotonie. Eine klinische Studie. Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen. Herausgeg. von *Noorden* H. 9 u. 10.

Hoche, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 12, H. 5, S. 540—551.

Hoche, Einfache Seelenstörungen (Melancholie, Manie, Paranoia). Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 19, S. 573.

A. Jakob, Zur Symptomatologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie der „Kreislaufpsychosen". Journ. f. Psych. u. Neur. Bd. 14, 1909.

Jelgersma, Das System der Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, 13. Bd., H. 1, S. 118.

Krönig, B., Über die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. 1902. Leipzig. G. Thieme.

Mathes, Paul, Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehung zum Nervensystem. S. Karger. Berlin 1912.

Marburg, Über die Beziehungen der Blutdrüsen zum Nervensystem. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild., Maiheft 1912, 3. Jahrg.

E. Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Fischer. Jena 1907.

Morgenthaler, Blutdruckmessungen an Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. 1910, Bd. 67, S. 1—45.

Meyer, Hans F., Die Pharmakologie des vegetativen Nervensystems. Med. Klin. 1912, Nr. 44, S. 1773—1777.

Ortenau, Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 44, S. 2388.

Rehm, Die Bedeutung des psychogenen Momentes im manisch-depressiven Irresein. Neur. Ztlbl. S. 638, 1911 (Sitzungsber.).

Remond et *Voiveuel*, *P.*, Essai sur la valeur de la conception Kraepelienne de la manie et de la mélancholie. Enquête et critique. Ann. méd. psychol. 1910, 9. s., t. XII, no. 3, p. 353 u. t. 13, no. 1, p. 19.

Rittershaus, *E.*, Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-melancholischem Irresein, mit besonderer Berücksichtigung der chronischen, perniziös verlaufenden Formen des letzteren. Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten Bd. 12, H. 16, S. 475.

Robertson, *George*, *M.*, Some Medico Legal und Practical Considerations Relating to Melancholia. Brit. Med. Journ. Bd. 1, S. 800.

Rodiet, *A.* et *Masselon*, *R.*, Quelques considerations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le cadre nosographique. L'Encéphale. No. 12, 2. s., p. 532.

M. Rosenfeld, Zur Kasuistik der vasomotorischen Neurose. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906, Nr. 220, S. 665.

M. Rosenfeld, Über einige Formen der vasomotorischen Neurose. Med. Klin. 1907, Nr. 33.

M. Rosenfeld, Psychische Störungen bei der vasomotorischen Neurose. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908, S. 137—159.

M. Rosenfeld, Über die Beziehungen der vasomotorischen Neurose zu funktionellen Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 1.

Rougé, *C.*, Manie simple et psychose périodique. Annales médico-psych. 9. s., t. 13, no. 3, p. 353.

Rüdin, Einige Wege und Ziele der Familienforschung, mit Rücksicht auf die Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1911.

G. Schickele, Zur Deutung seltener Hypertonien. Med. Klin. 1912, Nr. 31.

G. Schickele, Beiträge zur Psychologie und Pathologie der Ovarien. Arch. f. Gyn. Bd. 97, H. 3.

G. Schickele, Die sogenannten Ausfallerscheinungen. Mtschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36, H. 1, 1912.

Stern, *Richard*, Differentialdiagnose und Verlauf des Morbus Basedow und seine unvollkommenen Formen. Jahrbücher f. Psych. Bd. 29, H. 2 u. 3, S. 179.

Stransky, *Erwin*, Das manisch-depressive Irresein. Handb. d. Psych. Spezieller Teil Abt. 6. Wien. Fr. Deuticke.

Stransky, *Erwin*, Streifzüge durch die Klinik des manisch-depressiven Irreseins. Med. Klin. Nr. 47, S. 1843.

Stransky, *Erwin*, Bemerkungen zur Theorie des manisch-depressiven Irreseins. Wien. med. Wschr. Nr. 2, S. 126.

Tastevin, *I.*, L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques



(Psychose périodique). Annales médico-psychol. 9. s., t. XIII, no. 2—3, p. 177, 384; t. XIV, p. 18.
Walthard, Psychoneurose und Gynäkologie. Mtschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36, Ergänzungsh. S. 249—257.
Walthard, Über die Bedeutung psychoneurotischer Symptome für die Gynäkologie. Ztlbl. f. Gyn. 36. Jahrg., Nr. 16.
Ziehen, Basedow-Delirien. Berl. klin. Wschr. 1909, S. 1424.



Über Degenerationszeichen (von Iris, Ohr, Zähnen usw.) bei Gesunden, Geisteskranken, Epileptikern und Idioten.

Von Dr. **Rudolf Ganter**, Wormditt.

Es wäre eigentlich kaum begründet, wiederum mit einer Abhandlung über Degenerationszeichen hervorzutreten. Anders liegt die Sache, wenn Gesunde zum Vergleich herangezogen werden können, weil ja erst dadurch ein Urteil über den Wert der Degenerationszeichen gewonnen werden kann. Durch gütige Vermittlung der Ortsschulinspektion waren wir in der Lage, die Schüler der hiesigen Volksschule, soweit es sich um Iris, Ohr, Zähne handelt, untersuchen zu können. Dazu kommen dann noch teilweise die Geisteskranken in Hoerdt und Münster und in vollständiger Weise die Epileptiker und Idioten der hiesigen Anstalt. Wie gesagt, konnte das Material nicht in gleicher Vollständigkeit verwertet werden. Doch glauben wir, daß die Lücken am Hauptergebnis nicht wesentlich zu spüren sind. Das Nähere über die Verwertung des Materials ist bei den einzelnen Abschnitten angegeben.

Iris.

Die Farben der Iris sind mehr von anthropologischer als psychiatrischer Seite Gegenstand der Untersuchung gewesen. In letzter Zeit sind noch die Erblichkeitsforscher, besonders Engländer und Amerikaner, hinzugekommen, die die *Mendel*sche Vererbungslehre auf die Irisfarben anzuwenden versuchten. Psychiater (*Näcke*) haben ihre Aufmerksamkeit insoweit den Farben zugewandt, um nach Punkten und Flecken zu fahnden, die sie als Degenerationszeichen ansahen. Auch wir haben in einer früheren Arbeit derartige Untersuchungen gemacht und zugleich darauf hingewiesen, wie mannigfaltig überhaupt das Farbenspiel der Iris ist [1]). Wir können nunmehr diese Untersuchungen insofern ergänzen, als wir auch Gesunde zum Vergleich heranzuziehen in der Lage sind. Somit setzt

[1]) Arch. f. Psych. Bd. 38, H. 5.



sich unser Material wie folgt zusammen: Volksschüler (Wormditt) 771, Epileptiker (259) und Idioten (77) (Wormditt) = 336, Geisteskranke (Münster i. W.) 251 [1]), Geisteskranke (Pflegeanstalt Hoerdt i. E.) 215, Normale (Hoerdt) 34.

Ehe wir die Farbentabelle aufstellen, wollen wir noch daran erinnern, daß die Farbenerscheinungen der Iris nicht auf verschiedenen Farbstoffen beruhen, sondern daß ihnen ein dunkles Pigment zugrunde liegt, das durch seine verschiedene Dichte und Anordnung die betreffenden Färbungen hervorruft. Ist der Farbstoff an der Hinterseite der Iris abgelagert, so erscheint die Iris blau, wenn er dünn, grau, wenn er dichter steht. Findet sich das Pigment auch in den übrigen Schichten der Iris, so erscheint die Iris je nach der Menge und Dichte des Farbstoffes gelb oder braun.

Wir berücksichtigen in der folgenden Tabelle zunächst nur die Hauptfarben, dann erst eingehend das Farbenspiel.

Hauptfarbe der Iris	Schüler, Wormditt 771	Epil. u. Id., Wormditt 336	Geisteskr., Münster 251	Geisteskr., Hoerdt 215	Normale Hoerdt, 34
grau	100 = 12,9 %	67 = 19,3 %	65 = 25,1 %	53 = 24,6 %	7
hellgrau	68	60	65	46	5
dunkelgrau ..	—	4	—	1	—
schiefergrau ..	32	3	—	6	2
blau	232 = 30,1 %	58 = 17,2 %	10 = 3,9 %	8 = 3,6 %	—
hellblau	174	44	6	7	—
blau	22	4	—	1	—
dunkelblau ...	36	10	4	—	—
blaugrau	235 = 30,4 %	85 = 25,2 %	109 = 43,4 %	72 = 33,4 %	10
hellblaugrau ..	160	40	9	4	—
blaugrau	62	38	97	68	10
dunkelblaugrau	13	7	3	—	—
Mehr oder weniger gelblich nüanziert	52 = 6,7 %	40 = 11,1 %	12 = 4,7 %	14 = 6,5 %	7
hellgrau gelblich	36	26	8	12	5
schiefergrau gelblich ...	—	2	—	—	—
hellblau gelblich	1	3	—	—	—

[1]) Im Archiv verwertet, hier nur zum Vergleich benutzt.

Hauptfarbe der Iris	Schüler, Wormditt 771	Epil. u. Ed., Wormditt 336	Geisteskr., Münster 251	Geisteskr. Hoerdt, 215	Normale Hoerdt, 34
hellblaugrau gelblich ...	15	6	2	—	—
blaugrau gelblich	—	2	2	2	2
dunkelblaugrau gelblich	—	1	—	—	—
(darunter überwiegt das Gelb)	(9)	(1)	—	—	—
braun	91 = 11,8 %	50 = 14,8 %	19 = 7,5 %	35 = 16,2 %	4
hellbraun	33	19	2	5	1
dunkelbraun ..	58	31	17	30	3
grünlich graubraun [1])	61 = 7,9 %	27 = 8 %	20 = 7,9 %	28 = 13 %	6
grünlichgrauhellbraun ..	46	21	18	22	5
grünlichgraudunkelbraun	15	6	2	6	1
(davon mehr gelblichgraubraun)	—	(4)	(4)	—	—
grünlich grau-gelb [1])	—	2	6	—	—
abweichende Färbungen	—	6	10	5	—
beiderseits verschieden	—	1	—	—	—

Was die Hauptfarben betrifft, so weicht natürlich ihr Vorkommen bei Kranken in nichts ab von dem bei Gesunden. Eher hätte man glauben können, daß eine örtliche Verschiedenheit zur Geltung kommen würde. Allein auch da ist der Unterschied zwischen Ost und West wenig charakteristisch. In Münster und Hoerdt überwiegt etwas

[1]) D. h. die äußere Hälfte der Iris ist grünlichgrau, die innere braun oder gelb.

das Grau, in Wormditt das Blau, während das Blaugrau sich fast überall die Wage hält. Als einzig auffallende Tatsache ist das durchgängige Vorherrschen des Grauen, Blauen und Blaugrauen über das Gelbliche und Bräunliche zu verzeichnen:

So bei den Schülern (Wormditt) mit 73,54 %, bei den Epileptikern und Idioten (Wormditt) mit 62,50 %, bei den Geisteskranken (Münster) mit 73,30 %, bei den Geisteskranken (Hoerdt) mit 61,85 %. In ziemlich weitem Abstand erst kommt Braun bzw. Grünlichgrau-Braun, und zwar bei den Schülern (W.) mit 19,71 %, bei den Epileptikern und Idioten (W.) mit 22,91 %, bei den Geisteskranken (M.) mit 15,53 % und bei den Geisteskranken (H.) mit 29,30 %. In letzter Linie ist mit geringem Prozentsatz das Gelb vertreten. Vom Gelben hat Wormditt etwas mehr abbekommen. Bei 9 Schülern und 1 Epileptiker findet sich ein fast reines Gelb, was sonst in dieser Weise nirgends mehr vorkommt, während sonst das Grau oder Blau trotz des Gelben als Hauptfarbe betrachtet werden kann. Im Braunen und Grünlichgrau-Braunen überwiegt Hoerdt etwas. Grünlichgrau-Gelb kommt nur 2mal in Wormditt (Epileptiker) und 6mal in Münster (Geisteskranke) vor. Die abweichenden Färbungen gehören bereits ins pathologische oder zum mindesten abnorme Gebiet, weshalb sie später besprochen werden sollen.

In einem Teil der Fälle ist die Iris einfarbig, sie zeigt ein gleichmäßiges Grau, Blau, Blaugrau oder Braun, in einem anderen Teil tritt Weiß oder Gelb oder Braun als ein die Pupille umziehender Kreis oder Ring hinzu.

Wir finden ein gleichmäßiges Grau, Blau oder Blaugrau in folgenden Fällen:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
198	27	38	10	—

In einem großen Teil dieser Fälle sieht man, wie das Grau, Blau oder Blaugrau sich zu einem verwaschenen Ring um die Pupille verdichtet, wohl entsprechend dem Verlauf des Sphincter pupillae. Besonders im Blauen bemerkt man vielfach weiße, auch gelbliche radiäre Streifen.

Spärlicher sind die Fälle, wo der Ring weiß ist, oder wo ein weißer Kreis in geringer Entfernung vom Pupillenrand die Pupille umzieht:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
20	15	16	11	2

Wir haben gesehen, wie Gelb als Nuancierung nur in einem geringen Prozentsatz vertreten und als Hauptfarbe nur auf einige Fälle in Wormditt beschränkt ist.

Dagegen findet sich Gelb als Ring um die Pupille oder als ein in geringer Entfernung vom Pupillenrand verlaufender Kreis verhältnismäßig recht häufig:



Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
334	91	46	19	7

In derselben Weise wie Gelb tritt auch Braun als Ring und Kreis auf, aber viel seltener:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
63	11	5	8	—

Bisweilen verbreitert sich der gelbe oder braune Ring etwas, etwa ein Drittel der Iris einnehmend, oder er sendet Strahlen von sich aus. Manchmal ist er stellenweise unterbrochen.

Einfacher als das Farbenspiel in der grauen und blauen Iris ist das der braunen Iris. Außer der Grundfarbe hell- oder dunkelbraun kann man gelegentlich an der Peripherie 2—3 gelbe oder grüne unregelmäßig verlaufende oder unterbrochene Kreise bemerken. Manchmal erscheint die dunkelbraune Iris schwarz gestrichelt.

Das Auftreten der Farben in der Iris zeichnet sich, soweit wir es bis jetzt betrachtet haben, durch seine geregelte Anordnung aus. Nunmehr kommen wir zu dem für uns wichtigsten Teil, zu den Abweichungen vom Typus, mag es sich um Punkte, Flecken oder andere Unregelmäßigkeiten des Farbenspiels handeln. Zunächst sollen diese Abnormitäten für die einzelnen Untersuchungsgruppen getrennt geschildert werden.

a) Schüler, Wormditt.

α) Grundfarbe der Iris grau, blau oder blaugrau:

Links ein bräunlicher Kreis in der Nähe der Pupille, der rechts nur in der äußeren Hälfte vorhanden ist	1
Gelber oder brauner Ring, stellenweise stärker gefärbt oder auch ganz verschwindend, bald nur auf einem Auge, bald auf beiden	5
Gelbe und braune verschieden starke Nuancierungen..	2
Gelbe Punkte, Flecken, Segmente (2)	8
Darunter 1. Rechts außen an der Pupille ein gelber Fleck, links ein gelber Kreis. 2. Ein gelber Kreis, der links innen sich zu einem gelben Segment verbreitert. 3. Gelbliche Nuancierungen, links unten ein intensiv gelber Fleck.	
Braune Punkte, Flecken, Segmente (3)	11
Darunter 2mal: Gelbliche Nuancierungen, braune Punkte oder Flecken.	
Ein dunkelblaues Segment links unten	1
	28



Transport:	28
Rechts unten ein gelbes Pünktchen, links unten ein dunkelbraunes Segment	1
β) Grundfarbe braun:	
Dunkelbraune Punkte und Flecken	9
Schwarze Punkte und Flecken	6
Darunter 1 mal um die blaßbraune Hälfte ein stark gefärbter hellbrauner Kreis, braune Punkte.	
	44

b) Epileptiker und Idioten, Wormditt.

α) Grundfarbe der Iris grau, blau oder blaugrau:	
Gelber Ring, stellenweise intensiver gefärbt	1
Gelber Ring in der Mitte der Iris, rechts unten sich bis zum Rande verbreiternd	1
Rechts ein hellbrauner Kreis, sich oben verbreiternd	1
Brauner Ring, sich außen bzw. unten bis zum Rande verbreiternd	2
Gelbe Punkte und Flecken (davon 2 mit gelblichen Nuancierungen)	12
Braune Punkte und Flecken (darunter mit braunen Segmenten 5, mit gelblichen Nuanzierungen 13)	62
Schwarze Punkte und Flecken (darunter 1 mal: gelber Kreis, der oben intensiver gefärbt ist, und gelber Punkt; 1 mal: hellbrauner Ring, der unten verblaßt, und brauner Fleck	3
Rechts schwarze, links gelbe Punkte	1
β) Grundfarbe braun:	
Dunkelbraune Punkte und Flecken	4
Ein dunkelbraunes Segment	1
Links oben ein dunkelbraunes Segment, links unten ein brauner Fleck	1
Schwarze Punkte und Flecken	8
γ) Abweichungen der Hauptfärbung:	
Äußere Hälfte hellgrau mit gelblichen Nuancierungen, innere dunkelgrau	1
Dunkelbraun, Außenrand grünlichgrau, das Grünlichgraue verbreitert sich unten in das Braune hinein	1
Dunkelgrau (3/4), Außenrand gelblich grau, die Grenze zwischen beiden Zonen schneidet sehr scharf ab und verläuft etwas unregelmäßig	1
In der Mitte ein braunes Band, außen und innen davon ein gelber Ring	1
	101



Transport:	101
Hellgrau mit gelblichen Nuancierungen, links ein gelber Ring um die Pupille	1
Rechts: hellgrau mit hellbraunem Kreis in der Nähe der Pupille.	
Links: innere Hälfte hellbraun, äußere hellgrau, im Hellbraunen ein dunkelbraunes Segment	1
	103

Unter den genannten sind zwei merkwürdige Fälle, in denen auch die Sklera einen gelben oder braunen Fleck zeigt:

Links unten 3 gelbe Punkte, links innen ein gelber Fleck in der Sklera, angrenzend an die Iris.

In der Sklera des l. Auges im äußeren Teil nahe der Kornea ein hellbrauner Fleck.

c) Geisteskranke, Münster.

α) Grundfarbe grau, blau oder blaugrau:

Rechts stellenweise gelbliche Nuancierungen	1
Gelber Ring, sich oben bis zum Rande verbreiternd	1
Gelber Ring, stellenweise intensiver gefärbt	2
Gelber, stellenweise unterbrochener Ring	2
Von dem gelben Ring ist nur unten ein Bruchstück vorhanden	1
Brauner Ring, von einem intensiv braunen Kreise eingefaßt	1
Brauner Ring, links oben intensiver gefärbt	1
Gelbe Punkte und Flecken (darunter 2 Segmente, 1 gelbliche Nuancierung)	23
Braune Punkte und Flecken (darunter 2 gelbliche Nuancierungen)	43
Braune und schwarze Punkte und Flecken	1
Gelbe und braune Punkte und Flecken	1
Schwarze Punkte und Flecken	1
Rechts und links ein dunkelblaues Segment	2

Darunter sind folgende Farbenzusammenstellungen merkwürdig:

Rechts ein gelber Ring, links ein gelber Fleck.

Gelbliche Nuancierung, in der unteren Hälfte ein intensiv gelber Fleck.

Brauner, oben intensiv gefärbter Ring, viele braune Pünktchen.

Links ein gelber Kreis, gelbe Pünktchen.

Links ein gelber Kreis.

80

Transport: 80

β) Grundfarbe braun:

Dunkelbraune Punkte und Flecken 12

Schwarze Punkte und Flecken 3

95

d) Geisteskranke, Hoerdt.

α) Grundfarbe grau, blau oder blaugrau:

Gelbliche Nuancierungen, links stärker 1

Gelbliche Nuancierungen, brauner Ring, rechts intensiver gefärbt 1

Rechts ein gelber Kreis, links ein gelber Ring um die Pupille 1

Brauner, verschieden stark gefärbter Ring 3

Gelbe Punkte und Flecken (darunter 3mal gelbliche Nuancierung) 19

Braune Punkte und Flecken 50

Schwarze Punkte und Flecken 7

Punkte und Flecken von verschiedener Farbe (gelb und schwarz 2, gelb und braun 8, braun und schwarz 6). 16

Unter den genannten Fällen sind folgende Merkwürdigkeiten in der Färbung zu verzeichnen:

Viele gelbe Punkte und Flecken, der gelbe Ring erstreckt sich oben bis zum Rande (1mal).

Gelber Kreis resp. Ring auf der einen Seite stärker gefärbt (2).

Braune Punkte und Flecken, dazu ein braunes Band, rechts nach außen ziehend (1).

Der gelbe Ring stellenweise intensiver gefärbt, rechts 2 braune Punkte (1).

Braune Flecken, nach oben ein braunes Band (1).

Braune Punkte und Flecken und ein dunkelbraunes Segment (2).

Oben Bruchstück eines gelben Ringes (1).

β) Grundfarbe braun:

Dunkelbraune Punkte und Flecken 16

Schwarze Punkte und Flecken 11

Braune und schwarze Punkte und Flecken 5

130

Darunter ein Fall, wo neben schwarzen Punkten ein brauner Fleck rechts unten sich in die Sklera hinein erstreckt.

e) Normale, Hoerdt.

α) Grundfarbe grau, blau oder blaugrau:

Gelbe Punkte und Flecken 2

2



Transport:	2
Braune Punkte und Flecken (darunter 1mal ein brauner Ring, von einem intensiv hellbraunen Kreis umgeben, 1 mal gelbliche Nuanzierung)	9
Braune und schwarze Punkte und Flecken	3
β) Grundfarbe braun:	
Schwarze Punkte und Flecken	1
	15

Wir sehen, wie der gelbe oder braune Kreis oder Ring in seinem Verlaufe unterbrochen, bisweilen auch stärker gefärbt ist, und zwar einseitig oder auf beiden Augen, auf dem einen kann er auch ganz fehlen. Manchmal verbreitert sich der Ring an einer Stelle bis zum Rande der Iris. Wo gelbliche oder bräunliche Abtönungen in der Grundfarbe vorkommen, lassen auch sie oft eine verschiedene Intensität der Färbung erkennen.

Wo der Ring unterbrochen ist, oder sich bis zum Rande verbreitert, haben wir gleichsam den Übergang zu den Flecken und Punkten. Manchmal liegen sie noch in der Bahn des Ringes, meist aber sind sie ganz regellos verstreut. Ihre Größe schwankt sehr, bald sind es Pünktchen und Punkte, bald größere Flecken und Segmente, richtige farbige radiär verlaufende Ausschnitte aus der Iris, die ihre Spitze an der Pupille, ihre Basis am Außenrande haben.

Was die Zahl betrifft, so kann es sich um einen Punkt, Fleck oder ein Segment handeln, oder es findet sich das eine und andere gleichzeitig vor, bisweilen treten die Punkte und Flecken sehr zahlreich auf. Sie kommen in größerer Menge wie folgt vor bei den:

Schülern, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normalen, H.
5 =0,6 %	3 (Id.) =0,8 %	12 =4,7 %	35 =16,2 %	4 =11,7 %

Besonders bei den Geisteskranken fällt das gehäufte Vorkommen von Punkten und Flecken auf, besonders bei den Geisteskranken in Hoerdt, hinter denen freilich auch die Pfleger nicht weit zurückbleiben, so daß hier vielleicht auch gewisse anthropologische Momente mit hereinspielen mögen.

Untersuchen wir weiter, in welcher Zusammenstellung die verschiedenen Farben vertreten sind, so ergibt sich:

Bei grauer, blauer, blaugrauer Grundfarbe

Gelb als Punkt, Fleck, Segment:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
7	12	24	19	2

Braun als Punkt, Fleck, Segment:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
22	67	57	66	9



Bei brauner Grundfarbe

Schwarz als Punkt und Fleck:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
6	11	1	18	1

Wir haben früher gesehen, wie Gelb als ein die Pupille umziehender Ring ziemlich häufig vorkommt. Was nun hier die Farbe der Punkte, Flecken und Segmente anlangt, so überwiegt Braun. Schwarze Punkte und Flecken (schwarze Segmente kommen nicht vor) finden sich fast nur in der braunen Iris.

Die Punkte, Flecken und Segmente sind in einigen Fällen unter sich oder mit dem die Pupille umziehenden Ring nicht von derselben, sondern von anderer Farbe, was wohl im Sinne einer erheblicheren Anomalie bzw. Degeneration zu deuten ist. Es finden sich zusammen gelbe und braune Punkte oder Flecken (Segmente), Gelb als Ring oder Kreis und Braun als Punkt oder Fleck, Gelb als Punkt und Braun als Segment, Braun als Ring und Schwarz als Fleck usw. Am meisten kommt Gelb und Braun zusammen vor. Solche Fälle verteilen sich wie folgt:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
10	32	31	48	3

Was den Sitz der Punkte, Flecken, Segmente anlangt, so gibt folgende Tabelle Auskunft:

	Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
rechts	14	27	30	23	6
links	15	25	11	22	2
r. u. l.	7	40	42	79	7

Zwischen rechts und links ist demnach kaum ein Unterschied zu verzeichnen. Dagegen fällt auf, daß gerade bei den Epileptikern, Idioten und bei den Geisteskranken, besonders denen in Hoerdt, die Punkte und Flecken sehr häufig auf beiden Augen sich vorfinden. Wir glauben auch hierin wieder ein schwereres degeneratives Moment erblicken zu dürfen.

In zwei Fällen von Epilepsie und in einem Falle von Geisteskrankheit haben sich die Flecken sogar bis auf die Sklera verirrt. In dem einen Falle hatte die Iris des linken Auges gelbe Punkte, während sich am Rande in der Sklera ein gelber Fleck zeigte. In dem anderen Falle war die Iris frei, dagegen sah man auf der Sklera in der Nähe der Hornhaut einen braunen Fleck. Im dritten Falle besaß die Iris schwarze Punkte, während sich rechts unten ein brauner Fleck von der Iris in die Sklera hinein erstreckte.

Wir kommen zu den Fällen, die wir in unserer Zusammenstellung als Abweichungen der Hauptfärbung bezeichnet haben. Es handelt sich um sechs Fälle von Epilepsie, die dadurch merkwürdig sind, daß keine Farbe als Hauptfarbe hervortritt, vielmehr zwei oder drei Farben sich



mit mehr oder weniger Unregelmäßigkeit über die Iris verteilen. Den letzten dieser Fälle wollten wir anfangs unter die Rubrik bringen: Beide Augen verschieden gefärbt. Allein die nähere Betrachtung ergab, daß auf beiden Augen die gleichen Farben vorkamen, nur ihre Anordnung war verschieden. Einen solchen Fall wie *Binswanger* erwähnt, nämlich, daß bei einer Hysterischen die linke Iris hellblau, die rechte tiefbraun gefärbt war, haben wir unter unseren vielen Fällen nicht ein einziges Mal gefunden [1]). Die verschiedenartige Färbung der einen und der anderen Iris muß wohl eine ganz außerordentliche Seltenheit sein, wenn sie überhaupt vorkommt. Es könnte sich ja in dem Fall von *Binswanger* um einen breiten braunen Ring in der rechten Iris gehandelt haben, die äußere Zone aber doch noch blau gewesen sein.

Werfen wir nach diesen Darlegungen noch einmal einen Blick zurück, so sehen wir, wie mannigfaltig das Farbenspiel der Iris sich gestaltet, sowohl was die geregelte Färbung als auch ganz besonders deren Abweichungen betrifft. Alle Schriftsteller sehen in den Punkten und Flecken Degenerationszeichen, kein Zweifel, daß auch alle die anderen Abweichungen in der Färbung, wie wir sie ausführlich beschrieben haben, dazu gerechnet werden müssen. Sie alle sind Abweichungen vom Typus.

Für die Degenerationszeichen ist festgestellt worden, daß sie bei Degenerierten und Geisteskranken häufiger und auch in größerer Menge auftreten als bei Geistesgesunden. Um diese Erfahrung an unseren Fällen zu prüfen, brauchen wir nur unsere oben gefundenen Zahlen zusammenzustellen. Die Anomalien der Irisfärbungen verteilen sich wie folgt:

Schüler, W.	Ep. u. Id., W.	Geisteskr., M.	Geisteskr., H.	Normale, H.
44 = 5,7 %	103 = 30,6 %	95 = 37,8 %	130 = 60,4 %	15 = 44,1 %

Am seltensten treten also die Anomalien der Färbung bei den Schülern in Wormditt auf, ihre Zahl steigt rasch bei den Geisteskranken in Münster, ist noch höher bei den Epileptikern und Idioten in Wormditt und am höchsten bei den Geisteskranken in Hoerdt. Hier kommen sie allerdings auch bei den Pflegern in einer unverhältnismäßig großen Zahl vor. Man mag bei der kleinen Zahl den Zufall beschuldigen, wahrscheinlicher aber ist, daß bei einem Grenzvolk eine häufigere Mischung verschiedener Augenfarben stattfindet, wodurch die Gelegenheit zu Farbenabweichungen naturgemäß erleichtert wird.

[1]) *Binswanger*, Die Hysterie, Wien 1904, S. 43.



Fassen wir die Ergebnisse noch einmal kurz zusammen:

1. In dem Vorkommen der Hauptfarben besteht zwischen Ost und West kein großer Unterschied. Die graue, blaue und blaugraue Irisfarbe herrscht weit über die Hälfte über die gelbliche und braune vor. Die gelbliche Farbe ist nur wenig vertreten, Gelb in seiner Reinheit beschränkt sich nur auf einige Fälle in Wormditt.

2. Bei den Schülern findet sich in etwas über der Hälfte der Fälle ein die Pupille umziehender gelber oder brauner Ring oder Kreis Bei den Epileptikern, Idioten und Geisteskranken kommt er nur im 3. bis 6. Teil der Fälle vor. Dafür finden sich bei diesen um so mehr Punkte, Flecken, Segmente und andere Abweichungen der Färbung.

Der gelbe Ring oder Kreis tritt 5—8mal häufiger auf als der braune. Spärlicher ist der weiße Ring oder Kreis.

In der braunen Iris kommen nur gelegentlich an der Peripherie einige unregelmäßige gelblich oder grünlich schimmernde Kreise vor. Bisweilen ist die braune Iris schwarz gestrichelt.

3. Die Punkte, Flecken, Segmente sowie die Unregelmäßigkeiten der Hauptfärbung sind, weil Abweichungen vom Typus, als Degenerationszeichen anzusehen. Hierfür sprechen folgende Gründe:

a) Die genannten Anomalien sind bei den Epileptikern, Idioten und Geisteskranken 6—10 mal häufiger als bei den Geistesgesunden.
b) Sie kommen bei den Epileptikern usw. viel häufiger auf beiden Augen vor.
c) Sie sind unter sich und mit dem Ring viel häufiger von verschiedener Farbe bei den Epileptikern usw. (Im großen ganzen überwiegt hier Braun über Gelb. Schwarze Punkte und Flecken finden sich fast nur in der braunen Iris.)
d) Sie finden sich bei den Epileptikern usw. öfters in gehäufter Zahl bei einem Individuum. —

Die folgenden Untersuchungen beziehen sich auf 742 Schüler der hiesigen Volksschule (385 Knaben und 357 Mädchen) und das Krankenmaterial unserer Anstalt: 259 Epileptiker (134 M., 125 Fr.) und 100 Idioten (68 M., 32 Fr.). Die Untersuchungen beschränkten sich auf Ohr, Zähne und einige andere am Kopf wahrnehmbare Gebilde. Weitere, nur bei den Kranken erhobene Befunde, die



sich über den ganzen Körper erstreckten, sollen den Schluß machen [1]).

Ohr.

Wir betrachten am Ohr die Abweichungen in der Bildung der einzelnen Teile gesondert. Wenn nun auch oft zwei oder drei solche Anomalien an einem Ohr zugleich vorkommen, sie also bei dieser Betrachtungsweise auseinandergerissen werden, so hat man doch den Vorteil einer viel größeren Genauigkeit, als wenn man sie unter Namen wie Makakus-, Satyrohr u. dgl. vereinigt.

Ohrläppchen:

	angewachsen	in die Wange sich fortsetzend	kein Läppchen	Läppchen wagrecht stehend
Schüler	96 = 12,9 %	16 = 2,1 %	25 = 3,3 %	13 = 1,7 %
Epileptiker .	62 = 23,9 %	10 = 3,8 %	9 = 3,4 %	7 = 2,7 %
Idioten	31 = 31,0 %	3 = 3,0 %	5 = 5,0 %	5 = 5,0 %

	groß u. fleischig	mit einer Rinne	mit einem Grübchen	Wall vor demselben
Schuler	19 = 2,5 %	25	1	3
Epileptiker .	4 = 1,5 %	7	4	—
Idioten	2 = 2,0 %	3	—	—

Das angewachsene, in die Wange sich hinziehende oder fehlende Ohrläppchen gilt mit Recht bei den meisten Autoren als Degenerationszeichen. Wir haben gefunden, daß sein Vorkommen von den Schülern über die Epileptiker zu den Idioten hin an Häufigkeit zunimmt. Wir möchten noch darauf hinweisen, daß die genannte Anomalie 6 mal nur rechts und 3 mal nur links vorkam. Das wagrecht stehende Läppchen kommt so zustande, daß es plötzlich mit mehr oder weniger scharfem Knick nach vorn abbiegt. Es kann frei oder auch angewachsen sein. Am häufigsten fand es sich bei Idioten. Wir rechnen es ebenfalls zu den Degenerationszeichen. Schwankend kann man werden bei dem großen fleischigen Läppchen, das bei allen drei Gruppen fast gleich häufig ist. In einem Fall von Idiotie waren die Ohren 6 cm

[1]) Von Literatur ist benutzt: *Näcke*, Die sogenannten äußeren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer. Allg. Ztschr. f. Psych. 1898, Bd. 55.



lang, wovon auf das Läppchen vom Antitragus an gemessen 2,5 cm fielen. Ein solches Mißverhältnis spricht allerdings zugunsten eines Degenerationszeichens. Weniger Bedeutung messen wir der Rinnen- oder Faltenbildung oder dem Grübchen im Läppchen bei. Meist findet sich die von innen oben nach unten außen verlaufende Rinne bei ziemlich großen und fetten Läppchen. Auch der Wall, d. h. eine Erhebung am Ende von Helix und Anthelix und vor dem Läppchen dürfte kaum weitere Beachtung verdienen.

Wir bemerken ein Ansteigen aller Anomalien nach den Idioten hin, nur das große und fleischige Läppchen findet sich fast gleich häufig.

Helix:

	umgerollt oder umgebogen und platt	nicht umgelegt	ins Läppchen sich fortsetzend
Schüler	131 = 17,6 %	8 = 1,0 %	3 = 0,4 %
Epileptiker ..	58 = 22,4 %	7 = 2,7 %	14 = 5,4 %
Idioten	15 = 15,0 %	3 = 3,0 %	3 = 3,0 %

	gekerbt	mit Darw. Knötchen	mit sehr langem Schenkel beginnend	mit sehr kurzem Sch. beginnend
Schüler	6 = 0,8 %	10 = 1,3 %	—	—
Epileptiker .	6 = 2,3 %	3 = 1,1 %	—	—
Idioten	1 = 1,0 %	2 = 2,0 %	2 = 2,0 %	1 = 1,0 %

Die Umrollung der Helix betraf 21mal nur den oberen Teil, der dann aber so stark umgeklappt war, daß fast eine horizontale Linie entstand. In etwa der Hälfte der Fälle von Umrollung war die Helix, besonders seitlich, platt gedrückt und mehr oder weniger der Anthelix anliegend. Durch diese Bildungsarten der Helix kann das Ohr in seiner Gesamtform geändert werden. Es entsteht je nachdem ein spitzes, elliptisches, rundliches, muschelförmiges Ohr. In 8 Fällen zeigte die Helix außerdem in der Mitte des Außenrandes oder etwas mehr nach oben eine dellenförmige Vertiefung oder Einbiegung.

In 2 Fällen (Schüler) war die Helix überhaupt nicht umgelegt oder ausgebildet, wobei in einem Falle die Fossa navicularis oben außen sehr breit war und das Crus superius fehlte. 5mal war die Helix nur oben außen nicht umgelegt, wobei in einem Falle ein drittes Crus



superius vorhanden war. In 10 Fällen war sie nur seitlich nicht umgelegt.

Gewöhnlich hört die Helix in der Nähe des Antitragus und vor dem Läppchen zugleich mit der Anthelix auf. In den erwähnten 20 Fällen indessen setzte sich die Helix deutlich bis weit ins Läppchen, ja selbst bis in die Wange fort.

Die Einkerbungen der Helix sitzen meist oben außen. Sie können, wovor *Näcke* warnt, leicht mit dem *Darwin*schen Knötchen oder mit dort sitzenden fibrösen Knötchen verwechselt werden. Fibröse Knötchen habe ich diesmal keine gefunden, wohl aber bei meinen früheren Untersuchungen an Geisteskranken in Münster. Sie saßen immer am inneren Helixrande entsprechend dem Auslauf der beiden Krura.

Das *Darwin*sche Knötchen kam 7mal rechts, 2mal links und 6mal beiderseits vor.

In 2 Fällen von Idiotie zeigte die Helix insofern einen abnormen Verlauf, als sie an der Anthelix begann und als stark vorspringende dem Crus inferius ungefähr parallel gehende Leiste die Koncha durchzog. In beiden Fällen fehlte außerdem das Crus superius. In einem anderen Fall begann die Helix sehr kurz, so daß die Koncha ungetrennt, lang und tief erschien.

Von den Anomalien der Helix fanden sich 22 nur rechts, 32 nur links.

Was die Umrollung der Helix betrifft, so ist sie bei den Idioten etwas seltener, dafür ist die Helix bei diesen in einem größeren Prozentsatz überhaupt nicht umgelegt oder ausgebildet. Die ins Läppchen sich hinziehende Helix ist bei den Schülern sehr selten, ebenso sind bei diesen die Einkerbungen spärlicher als bei den Epileptikern und Idioten. Das *Darwin*sche Knötchen findet sich ungefähr gleich häufig. Es beruht nach allgemeiner Ansicht auf Atavismus. *Schwalbe* (zitiert bei *Näcke*) fand es häufig im Elsaß.

Der abnorme Beginn der Helix ist auf die Idioten beschränkt.

Anthelix:

	stark vortretend, bisweilen wulstig	wenig entwickelt, oder verstrichen	vor dem Antitragus nach außen abgeknickt
Schüler	13 = 1,7 %	11 = 1,4 %	5 = 0,6 %
Epileptiker .	—	1 = 0,3 %	3 = 1,1 %
Idioten	15 = 15,0 %	1 = 1,0 %	1 = 1,0 %

15*



	Crus superius nur angedeutet oder fehlend	Andeutung eines 3. Crus sup.	Das Crus sup. verläuft nach oben außen
Schüler	6 = 0,8 %	2 = 0,2 %	—
Epileptiker .	3 = 1,1 %	—	—
Idioten	10 = 10,0 %	—	1 = 1,0 %

	Antitragus stark entwickelt	Antitragus u. Fossa intertragica wenig entwickelt	Fossa navicularis ins Läppchen sich fortsetzend
Schüler	4 =0,5 %	14 = 1,8 %	106 = 12,9 %
Epileptiker .	3 =1,1 %	15 = 5,8 %	43 = 16,6 %
Idioten	—	4 = 4,0 %	28 = 28,0 %

	breite flache Fossa nav. oben außen
Schüler	—
Epileptiker ..	3 =1,1 %
Idioten	4 = 4,0 %

Die Anthelix kann stark, ja wulstig entwickelt sein, oder sie ist nur wenig ausgesprochen, selbst ganz verstrichen. Bisweilen macht sie vor dem Antitragus einen mehr oder weniger scharfen Knick nach außen. Am bemerkenswertesten sind die Bildungen, bei denen das Crus superius nur angedeutet ist oder ganz fehlt. Seine geringe Ausbildung bewirkt, daß oben außen die Fossa navicularis meist ziemlich flach und breit erscheint. In drei Fällen von Idiotie sprang gleichsam als Ersatz für das fehlende Crus superius das Crus inferius als starke Leiste vor. In einem Falle von Epilepsie bog das Crus superius nach oben außen ab. In einem Falle von Idiotie war das Crus superius samt Anthelix verstrichen und nur das Crus inferius vorhanden. Bei zwei Schülern fand sich eine Andeutung eines dritten Crus superius, das nach oben außen abbog. Bei zwei Epileptikern zeigten sich Verknorpelungen am Abgang der Crura. Hier liegt wohl die Annahme einer früheren Verletzung nahe. Unabhängig von der Anthelix kann der Antitragus sehr stark, ja zapfenartig entwickelt sein. Bei einem Schüler verlief vom Antitragus eine Knorpelleiste nach dem Gehörgang zu. Häufiger ist der Antitragus und mit ihm auch die



Fossa intertragica nur wenig ausgebildet. In der Regel hört die Fossa navicularis, die zwischen Helix und Anthelix verläuft, vor dem Läppchen auf. Ziemlich oft aber setzt sie sich mehr oder weniger deutlich ausgeprägt ins Läppchen fort. Die breite Fossa navicularis, der man oben außen begegnet, hängt zumeist, wie erwähnt, von der geringen Ausbildung des Crus superius und auch der Anthelix überhaupt ab, kann aber auch durch die mangelhafte Umbiegung der Helix bedingt sein.

Diese Bildungen der Anthelix kommen in der weitaus überwiegenden Zahl auf beiden Ohren vor, nur einmal beschränkten sie sich auf das rechte und zweimal auf das linke Ohr.

Im Gegensatz zur Helix sind die Bildungsabweichungen der Anthelix überhaupt seltener. Die starke oder wulstige Ausbildung kommt am häufigsten bei den Idioten vor. Dasselbe gilt auch vom fehlenden Crus superius. Die Andeutung eines dritten Crus superius findet sich bei zwei Schülern. Sonst ist die auf die Schüler entfallende Zahl der Anomalien überall geringer als bei den anderen Gruppen. Antitragus und Fossa intertragica zeigen alle Stufen der Ausbildung, so daß nur die ausgeprägtesten Fälle in Betracht kommen konnten. Die ins Läppchen sich fortsetzende Fossa navicularis wird kaum eine größere Bedeutung beanspruchen können, wenn sie sich auch bei den Idioten über zweimal so häufig findet als bei den Schülern. Größere Bedeutung ist der oben außen breiten und flachen Fossa navicularis beizumessen, da sie ihre Entstehung den wichtigeren Anomalien der Anthelix und Helix verdankt. Sie tritt bei den Idioten etwas häufiger auf.

Helix und Anthelix:

	Helix zurück-, Anthelix vortretend	Helix mit Anthelix in der Mitte verschmelzend
Schüler	31 = 4,1 %	23 = 3,1 %
Epileptiker ..	14 = 5,4 %	1 = 0,3 %
Idioten	5 = 5,0 %	1 = 1,0 %

Wir haben schon oben erwähnt, daß die Helix seitlich oft wenig ausgebildet ist. In den vorliegenden Fällen läßt sich ein gewisses Wechselverhältnis zwischen Helix und Anthelix annehmen, insofern hier neben der mangelhaften Ausbildung der Helix die Anthelix auf



fallend stark vorspringt. In einigen Fällen verschmilzt seitlich die Helix mit der Anthelix.

In einem Fall findet sich eine solche Bildung nur rechts, in drei Fällen nur links.

Ihr Vorkommen zeigt bei allen drei Gruppen keinen großen Unterschied, ja die Verschmelzung ist bei den Schülern häufiger anzutreffen.

Koncha:

sehr in die Breite gezogen

Schüler 10 = 1,3 %, Epileptiker 4 = 1,5 %. Idioten 3 = 3,0 %

Diese Bildung entsteht dadurch, daß die Anthelix sehr schräg nach unten außen verläuft. Sie kommt etwas häufiger bei Idioten vor.

Das Ohr als Ganzes betrachtet:

Form und Größe:

	henkelförmig	muschelförmig	rundlich	elliptisch	schmal
Schüler	10 = 1,3 %	11 = 1,4 %	10 = 1,3 %	19 = 2,5 %	—
Epileptiker	—	4 = 1,5 %	1 = 0,3 %	3 = 1,1 %	4 = 1,5 %
Idioten	—	—	3 = 3,0 %	—	—

	Ohren sich rasch nach unter verschmälernd	Ohren oben schmäler als unten	Ohren sehr groß	Ohren sehr klein
Schüler	2 = 0,2 %	—	11 = 1,4 %	6 = 0,8 %
Epileptiker	3 = 1,1 %	1 = 0,3 %	11 = 4,2 %	7 = 2,7 %
Idioten	2 = 2,0 %	4 = 4,0 %	11 = 11,0 %	3 = 3,0 %

Anheftung:

	überhängend	anliegend	abstehend	sehr schief angeheftet	fast senkrecht stehend
Schüler	32 = 4,3 %	6 = 0,8 %	13 = 1,7 %	—	—
Epileptiker	4 = 1,5 %	14 = 5,4 %	6 = 2,3 %	3 = 1,1 %	3 = 1,1 %
Idioten	—	3 = 3,0 %	7 = 7,0 %	1 = 1,0 %	4 = 4,0 %

Othämatom:

Schüler —, Epileptiker 1 = 0,3 %, Idioten 2 = 2,0 % [1]).

[1]) Näheres in unserer früheren Arbeit Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66.



Die henkelförmigen und abstehenden Ohren hätte man wohl zusammenrechnen können. Sie kommen verhältnismäßig häufig bei den Idioten vor. Für diese charakteristisch sind auch die sehr großen Ohren, weniger die sehr kleinen. Auch die rasch sich nach unten verschmälernden Ohren, die, wenn abstehend, richtige Henkelohren wären, finden sich etwas mehr bei den Idioten. Muschelförmige Ohren sind bei den Idioten dagegen nicht notiert. Diese auffallenden Formen darf man wohl zu den Degenerationszeichen rechnen. Rundliche und elliptische Ohren haben wohl nichts Besonderes auf sich. Was die Anheftung betrifft, so überwiegen diesmal bei den überhängenden Ohren die Schüler. Wie diese Ohren zustande kommen, ist nicht klar. Wir glauben nicht, daß die Theorie, die sie vom Druck der Kopfbedeckung ableitet, für alle Fälle stimmt. Wenn man die andern abnormen Gestaltungen und Anheftungen als Degenerationszeichen betrachtet, so ist nicht recht einzusehen, warum man hier eine Ausnahme machen soll. Die auffallend schief oder ganz senkrecht angehefteten Ohren werden bei den Schülern vermißt. Wenn auch auf diesem Gebiete eine gewisse Willkür unvermeidlich ist, so fallen doch im großen ganzen die stärkeren Abnormitäten auf die Idiotie, während die Epilepsie eine Mittelstellung einnimmt.

Wenn wir zuletzt noch berechnen, wieviele der Degenerationszeichen auf ein Individuum kommen, wobei wir nur die einzeln genannten Degenerationszeichen, nicht aber die Rubrik: das Ohr als Ganzes, berücksichtigen, so ergibt sich, daß auf einen Schüler 0,74, auf einen Epileptiker 1,04, auf einen Idioten 1,46 Degenerationszeichen entfallen. Es zeigt sich also, daß, wie oben schon öfters erwähnt, die Zahl der Degenerationszeichen von den Schülern über die Epileptiker zu den Idioten hin ansteigt. Wechseln wir unseren Standpunkt der Betrachtung und sehen wir, wieviele der Individuen keine Degenerationszeichen am Ohr aufweisen, so finden wir, daß von den 742 Schülern 304=40,9%, von den Epileptikern 14 = 5,4%, von den Idioten 7 = 7,0% frei sind von jeglichen Degenerationszeichen am Ohr. Demnach finden sich die Degenerationszeichen des Ohres bei den Epileptikern und Idioten 6—8mal häufiger als bei den Schülern.



Zähne und Kiefer.

Abnorme Zahnstellung:

Schüler 194 = 26,1 %, Epileptiker 55 = 21,2 %, Idioten 38 = 38 %.

	Die mittleren oberen (selten unteren) Schneidezähne stehen im Winkel zueinander	Eck- und Schneidezähne außerhalb der Reihe stehend und mehr nach vorn oder hinten an der Alveole inserierend
Schüler	54 = 7,2 %	61 = 8,2 %
Epileptiker ..	11 = 4,2 %	9 = 3,4 %
Idioten	4 = 4,0 %	11 = 11,0 %

	Eck- und Schneidezähne schief eingepflanzt	Eck- und Schneidezähne aus der Reihe etwas nach vorn oder hinten gedrängt
Schüler	59 = 7,9 %	42 = 5,8 %
Epileptiker ..	7 = 2,7 %	21 = 8,1 %
Idioten	9 = 9,0 %	4 = 4,0 %

	Schneidezähne nach hinten (oder vorn) gerichtet	Verschiebung der Zahnreihe nach rechts oder links
Schüler	15 = 2,0 %	—
Epileptiker ..	3 = 1,1 %	4 = 1,5 %
Idioten	8 = 8,0 %	2 = 2,0 %

Es sind fast nur die beiden mittleren oberen Schneidezähne, die in einem nach hinten offenen Winkel zueinander stehen, so daß sie von vorn so aussehen ﹀, seltener ist der Winkel nach vorn offen: ︿. Nur in zwei Fällen bildeten die mittleren unteren Schneidezähne einen nach hinten offenen Winkel. Statt einen Winkel zu bilden, können die Schneidezähne (mittlere und äußere) auch übereinander greifen. In einzelnen Fällen kann man sich diese Stellungen als durch Raummangel entstanden denken, so beim spitzen Gaumen, meist aber trifft dies nicht zu, und man muß dann eine Verlagerung der Keimsäckchen annehmen. Auf jeden Fall spielt diese Verlagerung eine Rolle da, wo Zähne außer der Reihe stehend mehr vorn oder hinten am Zahnfortsatz inserieren, oder in der Reihe stehend um ihre Längsachse gedreht und schief eingepflanzt sind. Ein für die Schneide- und Eckzähne zu kleiner Kiefer muß dann vorausgesetzt werden, wenn die Zähne so enge stehen, daß der eine oder andere



aus der Reihe nach vorn oder hinten herausgezwängt wird. Seltener nahmen daran auch die ersten Prämolares teil, insofern sie nach innen gedrängt waren. Wohl mehr durch Neigung des Alveolarfortsatzes, als durch veränderte Lage der Keimsäckchen kommt eine schiefe Richtung der Schneide- und Eckzähne zustande, so daß sie nach hinten, seltener nach vorn sehen. In einigen wenigen Fällen von Epilepsie und Idiotie war die ganze Zahnreihe so nach rechts oder links verschoben, daß die zwischen den beiden Eckzähnen gedachte transversale Linie einen mehr nach vorn oder hinten schiefen Verlauf nahm. Hier kann wohl nur eine Verlagerung der Keimsäckchen, wie wir das ja auch von anderen Gewebsarten her wissen, in Betracht kommen, da der Kiefer selbst nichts Abnormes zeigte. Darum wird die rachitische Weichheit der Knochen, mit der man diesen Befund zu erklären versuchen könnte, wohl nicht für alle Fälle Geltung haben.

Über die Verteilung dieser Zahnstellungen im Ober- oder Unterkiefer gibt folgende Tabelle Aufschluß:

	Schüler	Epileptiker	Idioten
oben	122	31	16
unten	46	22	12
oben und unten	26	2	10

Darnach entfallen die Abweichungen in der Zahnstellung hauptsächlich auf den Oberkiefer, nur bei den Idioten verhältnismäßig häufig auf beide Kiefer. Die Richtigkeit der rachitischen Theorie vorausgesetzt, könnte man zur Erklärung annehmen, daß bei dem festgefügten Oberkiefer schon ein geringerer Druck zur Verlagerung führt als an dem beweglicheren Unterkiefer.

Was das Vorkommen der genannten Anomalien betrifft, so sind sie, wie oben erwähnt, bei den Idioten am häufigsten, bei den Epileptikern aber sogar etwas weniger häufig als bei den Schülern.

Zwischenräume zwischen den Zähnen.

Schüler 146 = 19,6 %, Epileptiker 33 = 12,7 %, Idioten 12 = 12,0 %.

Mehr oder weniger große Zwischenräume zwischen den Zähnen finden sich besonders oft zwischen den mittleren oberen Schneidezähnen, sie kommen aber auch zwischen den anderen oberen Schneidezähnen und den Eckzähnen vor, ebenso unten. Wenig breite Schneidezähne, rachitisch kleine Zähne, oder für die Zähne zu weite Zahnbögen



mögen den Grund für diese Erscheinung abgeben. Diese Diastase der Zähne hat wohl keine große Bedeutung als Degenerationszeichen. Sie kommt in gleicher Zahl bei Epileptikern und Idioten vor, am meisten jedoch bei den Schülern. Das mag davon herrühren, daß bei vielen dieser kindlichen Individuen die ganze Zahnentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, wobei sicherlich die Rachitis noch mit ins Spiel kommt.

Bildungsanomalien der Zähne:

Schüler 112 = 15,1 %, Epileptiker 41 = 15,8 %, Idioten 37 = 37 %

	Mittlere obere (seltener andere) Schneidezähne schaufelförmig	Schneidezähne sehr lang	Sehr kleine Zähne	Sehr starke Zähne
Schüler ...	72 = 9,5 %	1	2 = 0,2 %	12 = 1,6 %
Epileptiker	25 = 9,6 %	—	5 = 1,9 %	—
Idioten ...	16 = 16,0 %	2	3 = 3,0 %	3 = 3,0 %

	Nicht vorhandene und Ersatzzähne	Überzählige Zähne	Verschmolzene Zähne
Schüler ...	6 = 0,8 %	—	—
Epileptiker	6 = 2,3 %	1	1
Idioten ...	4 = 4,0 %	—	—

	Verrückung u. Verbildung aller oberen Schneide- und Eckzähne	Rachitische Zähne
Schüler	—	148 = 19,9 %
Epileptiker ..	—	42 = 16,2 %
Idioten	4 = 4,0 %	23 = 23,0 %

In der Regel sind nur die beiden mittleren oberen Schneidezähne schaufelförmig. In einigen Fällen, bei 4 Schülern, 5 Epileptikern und 4 Idioten zeigten auch die anderen Schneidezähne, sogar auch die Eckzähne die Schaufelform. Einige Male krönte solche Eckzähne eine kleine Spitze als Aufsatz. Bisweilen hatten neben den schaufelförmigen mittleren Schneidezähnen die oberen äußeren Schneidezähne eine stiftförmige Gestalt oder sie waren wenigstens klein und schmal. Diesen Umstand könnte man für die Ansicht *Näckes* verwenden, wonach die Schaufelform auf Rachitis beruhe. In einem



Fall von Epilepsie war der erste linke obere Prämolarzahn ungewöhnlich breit. In 9 Fällen (Schüler und Idioten) waren die mittleren oberen Schneidezähne nicht nur schaufelförmig, sondern auch viel länger als die anderen.

Sehr lange untere Schneidezähne fanden sich bei einem Schüler und einem Idioten, sehr lange mittlere obere Schneidezähne (ohne die Schaufelform) bei einem Idioten.

Die auffallende Kleinheit der Zähne kann sich auf alle Zähne erstrecken oder nur auf den einen oder anderen Zahn. Den Gegensatz hierzu bildet das ungewöhnlich kräftige Gebiß.

Es kann eine Schneide-, ein Eckzahn nicht ausgebildet sein. An seiner Stelle findet sich dann eine kleine Lücke, die aber zu klein ist, als daß man annehmen könnte, es sei einfach ein Zahn ausgefallen. Bisweilen war für den fehlenden Schneide- oder Eckzahn der andere Schneidezahn oder der Eckzahn um so breiter.

In einem Falle von Epilepsie waren 5 untere Schneidezähne vorhanden.

Bei einem Epileptiker zeigten sich je zwei obere Schneidezähne bis auf ein Drittel miteinander verwachsen.

In vier Fällen von Idiotie waren alle oberen Schneide- und Eckzähne verrückt und verbildet. Die zwei charakteristischen Fälle seien angeführt:

(Von links oben) zwei Eckzähne, einer mehr vorn inserierend, der andere ihm gegenüber nach innen, zwei quer gestellte Schneidezähne, die beiden folgenden Schneidezähne greifen übereinander, dann wieder zwei Eckzähne in der Stellung wie links. — Ein Schneidezahn kaum sichtbar, der zweite quergestellt, dann eine große Lücke, der dritte schaufelförmig, der vierte stiftförmig, innen vom Zahnfortsatz inserierend. Der rechte Eckzahn breit.

Die Rachitis der Zähne zeigt sich dadurch, daß die Schneide- und Eckzähne quer gerieft, mit Grübchen versehen, gezähnelt sind, eine stiftförmige Gestalt haben. So bei der überwiegenden Mehrzahl. Bei zwei Epileptikern und einem Idioten waren die Schneidezähne halbmondförmig ausgeschnitten. Da nicht der geringste Anhaltpunkt für Syphilis vorhanden war, so glauben wir, daß auch die Rachitis so etwas zustande bringen kann. In einigen Fällen wiesen die Schneide- und Eckzähne eine zylindrische Gestalt auf, hatten einen ebenen oder schiefen Schliff, bisweilen waren auch die Höcker der Backenzähne mehr oder weniger undeutlich. In den ausgeprägtesten Fällen



wiesen die Backenzähne einen konkaven Ausschliff, der Kaubewegung entsprechend, auf. *Näcke* führt diese Bildungen auf die rachitische Weichheit der Zähne zurück, was mir bei der sonstigen Härte und Gedrungenheit der Zähne freilich nicht recht einleuchten will. Doch sind die anderen mechanischen Erklärungsweisen, die *Näcke* anführt, noch viel zweifelhafter.

Wir sehen, daß die Rachitis einen überwiegenden Anteil an den Bildungsanomalien der Zähne hat, aber alles kann man doch wohl nicht mit ihr erklären. So ist es sehr zweifelhaft, ob die schaufelförmigen Zähne, die langen oder kleinen oder sehr kräftigen Zähne, die verschmolzenen Zähne, die überzähligen Zähne auch auf Rachitis und nicht viel mehr auf Störungen in der Keimanlage zurückzuführen sind.

Was das Vorkommen betrifft, so geht aus der Tabelle hervor, daß der größte Prozentsatz der auf Rachitis beruhenden und auch der anderen Bildungsanomalien auf die Idiotie entfällt. Mit der Rachitis stehen die Epileptiker sogar noch etwas hinter den Schülern zurück, seltenere Anomalien dagegen treffen wieder mehr auf die Epileptiker.

Anomalien der Kiefer:

Schüler 117 =15,7 %, Epileptiker 102 =39,3 %, Idioten 97 =97,0 %

	Zähne aufbeißend	Zähne des Oberkiefers überbeißend	Zähne des Unterkiefers überbeißend
Schüler	45 = 6,0 %	5 = 0,6 %	4 = 0,5 %
Epileptiker .	8 = 3,1 %	9 = 3,4 %	7 = 2,7 %
Idioten	4 = 4,0 %	7 = 7,0 %	1 = 1,0 %

	Zahnfortsatz weitbogig	Oberkieferfortsatz wulstig	Unterkieferfortsatz vorn eckig
Schüler	—	—	37 = 4,9 %
Epileptiker .	1	1	21 = 8,1 %
Idioten	8 = 8,0 %	2 = 2,0 %	11 = 11,0 %

	Unterkieferfortsatz nach von spitz	Unterkiefer klein, zurücktretend	Unterkieferfortsatz nach rechts oder links vorn verschoben
Schüler	1	—	11 = 1,4 %
Epileptiker .	1	—	7 = 2,7 %
Idioten	3 = 3,0 %	2 = 2,0 %	5 = 5,0 %



	Gaumen, schmal, hoch, spitz	Gaumen flach, breit, seltener schmal	Gaumenhälften ungleich
Schüler	16 = 2,1 %	—	—
Epileptiker .	41 = 15,0 %	5 = 1,9 %	1
Idioten	48 = 48,0 %	4 = 4,0 %	1

	Gaumenspalte	Torus palatinus
Schüler	—	?
Epileptiker ...	—	3 = 1,1 %
Idioten	1	16 = 16,0 %

Um der Vieldeutigkeit der Worte Prognathie und Progenie aus dem Wege zu gehen, haben wir einfach die Zahnstellung als auf- und überbeißend bezeichnet. Bei aufbeißenden Zähnen spricht man auch von geradem Gebiß. Die Zähne des Ober- oder Unterkiefers können bis zu einem Zentimeter über ihr Gegenüber hinausragen. Der Unterkiefer ist am wenigsten an dieser Bildung beteiligt. Alle diese Formen können zustande kommen, ohne daß das Gesichtsskelett vorspringt. Ihre Entstehung und Bedeutung ist noch nicht klargelegt.

In zwei Fällen von Idiotie handelte es sich um einen verhältnismäßig zu kleinen Unterkiefer, was natürlich als Degenerationszeichen angesehen werden muß.

In manchen Fällen bildet der Zahnfortsatz, oben häufiger als unten, bisweilen oben und unten zugleich, einen auffallend weiten Bogen. Bei einem Epileptiker und zwei Idioten war der Zahnfortsatz des Oberkiefers wulstig.

Der Zahnfortsatz des Unterkiefers besitzt in der Norm eine elliptische Gestalt. In einer Anzahl von Fällen hingegen bildete er entsprechend den Eckzähnen eine Ecke, wobei die Schneidezähne nicht in leichtem Bogen, sondern in einer geraden Linie standen (Trapezform). In einigen wenigen Fällen war der Zahnfortsatz nach vorn zugespitzt, so daß nur die zwei mittleren Schneidezähne in der vorderen Reihe standen. In anderen Fällen zeigte sich der Zahnfortsatz des Unterkiefers entsprechend dem Eckzahn nach rechts oder links vorn verschoben.

Der Gaumen spielt in der Lehre von den Degenerationszeichen eine große Rolle, so der schmale, hohe und spitze Gaumen, aber auch

der sehr flache Gaumen, der wiederum breit oder schmal sein kann. Wir haben nur die ausgeprägtesten Fälle gezählt, da viele Übergangsformen vorkommen. Bezüglich der Schüler sind die Zahlen zu niedrig, da wir im Anfang der Untersuchungen leider nicht sorgfältig genug auf den Gaumen achteten. Bei einem Epileptiker war die linke, bei einem Idioten die rechte Gaumenhälfte kleiner. Bei einem Idioten bestand eine einen Teil des harten und den weichen Graumen einnehmende Gaumenspalte.

Auf den Torus palatinus haben wir bei den Schülern nicht geachtet, bei den Epileptikern und Idioten aber nur die deutlichsten Fälle notiert.

Was das Vorkommen der Kieferanomalien betrifft, so ist daran mit dem weitaus größten Prozentsatz: 97%! die Idiotie beteiligt. Da wohl die meisten der aufgezählten Anomalien auf Rachitis beruhen, so geht daraus hervor, eine wie große Rolle diese bei der Idiotie spielen muß. Allerdings wissen wir nicht, ob diese eine ursächliche ist, oder ob eine unbekannte Ursache beides hervorbringt: Rachitis und Idiotie, oder ob die Rachitis die Folge des defekten Hirnzustandes ist.

Der Unterschied zwischen Epileptikern und Schülern dagegen ist lange nicht so groß, wenn die Schüler auch etwas günstiger dastehen.

Machen wir zuletzt noch die Gegenprobe: Wieviele Individuen zeigen gar keine Zahn- und Kieferanomalien, so ergeben sich folgende Zahlen:

Schüler 228 = 30,7 %, Epileptiker 8 = 3,1 %, Idioten 3 = 3,0 %.

Hier überwiegen also bei weitem die Schüler.

Im folgenden möchten wir noch einige Anomalien aufführen, die wir am Kopfe gefunden haben.

	Die eine Kopf- oder Gesichtshälfte kleiner	Hydrokephalie mäßig	Hydrokephalie stark	Mikrokephalie	Dolichokephalie
Schüler	74 = 9,9 %	80	5 = 85 = 11,4 %	—	—
Epileptiker	53 = 20,4 %	7	13 = 20 = 7,7 %	2	—
Idioten	35 = 35,0 %	15	6 = 21 = 21,0 %	5	2

Die Ungleichheit der Kopfhälften kam in 120, die der Gesichtshälften allein in 39 Fällen vor. Bei drei Idioten war nur die linke Schädelhälfte kleiner (Plagiokephalie). 83 mal erstreckte sich die Ungleichheit auf die linke, 76 mal auf die rechte Seite.



Diese Ungleichheit soll auch normal ziemlich häufig sein, allein die höheren Grade sind wohl zu den Degenerationszeichen zu rechnen. Ihre Entstehung ist unbekannt.

Geringe Grade von Hydrokephalie sind ziemlich verbreitet, die höchsten Grade finden sich, wie bekannt, bei den Idioten. In der Epilepsie scheint sie keine besondere Rolle zu spielen, wenn auch manchmal Krämpfe bei Hydrokephalen vorkommen.

Auffallende Formen der Gesichtsbildung, wie breites, schmales, spitzes Gesicht sind wohl ohne Bedeutung. Die Stirn kann fliehend, niedrig, vorstehend, vorgewölbt, seitlich schmal sein. Wir fanden das Hinterhaupt bisweilen sehr flach, oder es sprang die Hinterhauptsschuppe, oder nur die Protuberantia oder Linea nuchae mehr oder weniger stark vor, mitunter auch die Sutura coronalis. Alles wohl von wenig Wichtigkeit. Bei zwei Schülern und einem Idioten waren die Augen schief gestellt, und zwar in einem Fall in der Richtung von innen oben nach unten außen, in zwei Fällen, eigentliche Mongolenaugen, von innen unten nach oben außen. Diese Stellungen waren zweifellos durch Schiefheit der Orbita bedingt.

	Mongolenfalte	Strabismus	Nystagmus	Kolobom	Exzentr. Pupillen
Schüler	11 = 1,4 %	8 = 1,0 %	5 = 0,8 %	1	—
Epileptiker ...	2 = 0,7 %	10 = 3.8 %	10 = 3,8 %	1	—
Idioten	4 = 4,0 %	5 = 5,0 %	12 = 12,0 %	—	1

Die Mongolenfalte (Epikanthus) kommt dadurch zustande, daß die Haut des oberen Lides am inneren Augenwinkel einen kleinen Vorhang bildet. In acht Fällen war sie nur angedeutet, einigemal nur einseitig. Ob sie hier als Degenerationszeichen anzusprechen ist, möchten wir nicht entscheiden.

Bei einem Schüler fand sich ein Kolobom der linken Iris nach unten zu, bei einem Epileptiker ein solches auf beiden Augen. Nach unseren Untersuchungen ist diese Spaltbildung außerordentlich selten, da dies die zwei einzigen Fälle sind, die wir je gesehen haben. Ebenso selten scheint auch die exzentrisch gelegene Pupille zu sein, die in unserem Falle etwas nach innen zu gelegen war.

Von jetzt ab fallen die Schüler aus, und wir bringen noch das, was die ganze körperliche Untersuchung bei den Epileptikern und Idioten ergeben hat:

	Kyphose und Skoliose	Kiel-, Trichterbrust	Rach. Verbiegung der Beine (Genu valg., var. etc.)
Epileptiker .	17	7	6
Idioten	11	11	7

	Anomalien der Fingergelenke	Anomalien der Füße	Schlaffheit des Bandapp der Gelenke	Zerebrale Kinderlähmung
Epileptiker .	2	13	—	22
Idioten	—	28	6	·1

	Hernien	Kryptorchismus	Naevi	Auffallende Färbungen der Haut	Rauhe Haut
Epileptiker .	2	2	9	6	2
Idioten	3	11	15	—	—

	Dermographie	Tätowierung	Uvula schief sich hebend	Uvula mehr oder weniger gespalten	Einseitige Schlaffheit des Gaumensegels	Zunge rissig	Parese des linken Fazialis
Epileptiker	6	3	22	2	4	5	1
Idioten ...	6	1	13	2	4	7	1

An rachitischen Erscheinungen des Skelettes litten 30 = 11,5% Epileptiker und 29 = 29,0% Idioten, eine weitere Bestätigung der oben erwähnten Tatsache, daß die Rachitis bei der Idiotie eine viel größere Rolle spielen muß als bei der Epilepsie.

In zwei Fällen von Epilepsie war der Kleinfinger im ersten Fingergelenk nicht vollständig streckbar. Diese seltene Anomalie ist wohl, wenn ihr keine Verletzung zugrunde liegt, angeboren.

Bei der Epilepsie fanden sich 5 mal Klumpfüße und 4 mal Plattfüße, bei der Idiotie 6 und 14 mal, außerdem in zwei Fällen rechts Klumpfuß, links Plattfuß. Bei der Idiotie sind demnach die Plattfüße verhältnismäßig häufig.

Bei einem Epileptiker und zwei Idioten waren die Füße im Metatarso-Phalangealgelenk ungewöhnlich breit, die vier Zehen fast gleich lang. Bei einem Fall (Epileptiker) stand die zweite rechte Zehe, in einem anderen Fall die linke Großzehe mehr dorsalwärts. In drei



Fällen (Idioten) waren die zweiten und dritten Zehen bis nahe zur Hälfte verwachsen. In einem Fall (Epileptiker) spannte sich zwischen der zweiten und dritten linken Zehe eine Schwimmhaut aus. Bei einem Idioten zeigten sich die drei mittleren Zehen zu einem Klumpen verwachsen, zwischen diesem und der Großzehe lag ein mehrere Zentimeter langer Spalt. In einem Falle (Idioten) zeichneten sich die Großzehen durch ihre ansehnliche Länge aus, einmal bestand Hallux valgus. In sechs Fällen (Idioten) konnte man die Finger, Hand- oder Fußgelenke ungewöhnlich weit wie bei Schlangenmenschen zurückbiegen.

Hernien zeigten sich nicht häufig, sie sind wenigstens bei den Idioten wohl mehr auf eine angeborene Schwäche der Gewebe, als auf Anstrengung zurückzuführen.

Kryptorchismus ist für Idioten charakteristisch. Von sonstigen Anomalien an den Genitalien ist uns nur in fünf Fällen von Idiotie ein sehr langer Penis (bis 13 cm) aufgefallen (darunter einmal ausgeprägte Klöppelform), öfters auch ein sehr langes Präputium.

Die Naevi kann man wohl zu den Degenerationszeichen rechnen, besonders wenn sie zahlreich vorhanden oder von Handtellergröße sind. Einmal fand sich auf dem Sternum ein Gebilde, das man vielleicht auch als eine dritte Brustwarze hätte ansprechen können. Bei einem Idioten hatten, um das hier anzufügen, die Brustwarzen eine zitzenförmige Gestalt.

Was die Hautfärbungen bei den (weiblichen) Epileptikern jugendlichen Alters betrifft, so bestanden einmal größere und kleinere braune Flecken im Gesicht und ein brauner Gürtel um den Leib, einmal solche flächenförmige Flecken auf dem Rücken und fleckförmige auf dem Leib, einmal flächenförmige in der rechten Hüftgegend. In drei Fällen handelte es sich um weiße Flecken, und zwar einmal um solche im Gesicht, einmal um solche auf Hand- und Fingerrücken und in der Hüft- und Bauchgegend, einmal befanden sich eine handtellergroße weiße Fläche auf dem Kreuzbein und drei bohnengroße weiße Flecken auf der rechten Bauchseite. Im Sommer, wenn die Sonne die Haut bräunte, traten im Gesicht und an den Händen die weißen Stellen sehr auffallend hervor. Offenbar handelt es sich um Pigmentanomalien der Haut. In zwei Fällen war die Haut rauh, reibeisenartig (auf dem Bauch und der Rückseite der Extremitäten). Hier sei auch noch die rissige Zunge erwähnt.



Von den vier Tätowierten hatten zwei mit dem Gefängnis Bekanntschaft gemacht. Die Tätowierungsfrage haben wir früher schon einmal behandelt [1]).

Die Ausbildung der Muskulatur der Uvula oder ihre Innervation scheint nicht immer gleichmäßig zu sein, da sie sich in den genannten Fällen bald nach rechts oder links, bald nach hinten oder vorn hob, in letzterem Falle rollte sie sich manchmal mit der Spitze um. In sieben Fällen hing das rechte, in einem das linke Gaumensegel tiefer herab.

In zwei Fällen war die Uvula gespalten, d. h. ihre Hälften waren nicht zur Vereinigung gekommen, in zwei anderen Fällen hatte die Verwachsung bis auf eine Rinne stattgefunden. Das sind wohl Anklänge an Hasenscharte und Wolfsrachen.

Behaarung:

	stark	schwach	Haare an selteneren Stellen	Haare weit in die Stirne	Augenbrauen zu sammenstoßend
Epileptiker (134 M.)	4	—	8	2	4
Idioten (68 M.)	11	7	3	3	—

	Haarwirbel vorn auf der Stirn	Falten der Kopfhaut	Haarverfärbungen
Epileptiker .	1	1	2
Idioten	—	1	2

Die gewöhnliche Behaarung ist die, daß die Beine mäßig oder stark, die Brust und Arme wenig oder nicht behaart sind. In einigen Fällen waren Beine und Brust nicht behaart, wohl aber die Arme, oder es waren Brust und Beine gleichmäßig gut behaart.

Die starke Behaarung fand sich bei Epileptikern und Idioten, die schwache (keine Haare außer Pubes) nur bei Idioten. Zur starken Behaarung gehört die reichliche Behaarung der Brust, bisweilen auch noch die des Bauches, mehr oder weniger auch die der Extremitäten.

Unter den selteneren Stellen ist eine schwache Behaarung der Schulterblätter und des Kreuzbeins verstanden. Nur in zwei Fällen

[1]) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 58.



war überhaupt die Behaarung stark. In sieben Fällen (drei Epileptiker, vier Idioten) zog eine schöne Haarstraße von den Pubes bis zum Nabel, ja zum Schwertfortsatz.

In vier Fällen wuchsen die Haare weit in die Stirne herab, in einem Falle (Idioten) stießen die seitlichen Stirnhaare mit den Augenbrauen zusammen. In vier Fällen von Epilepsie vereinigten sich die Augenbrauen miteinander. In einem Falle bildete sich ein Haarwirbel über der Stirne. In zwei Fällen sah man am Hinterkopf drei bis vier senkrecht verlaufende schwarze Haarstraßen. Hier hatte sich die Haut in Falten gelegt, so daß die Haare dichter standen. In vier Fällen (zwei Epileptiker, zwei Idioten) bemerkte man bald in der Stirn-, bald in der Nackengegend, bald oben auf dem Kopf eine etwa markgroße weiße Haarinsel. Hier handelt es sich wohl um Pigmentanomalien, ähnlich den oben bei der Haut erwähnten.

Bei Frauen (Epileptiker) fanden wir viermal die Unterschenkel behaart, einmal Haare um die Brustwarzen, einmal weit in die Stirne herabgewachsene Haare.

Im allgemeinen kommen Abweichungen von der üblichen Behaarung nicht häufig vor, wie wir auch schon früher bei den Geisteskranken in Münster gefunden haben.

Einige sehen in diesen Anomalien Atavismus, andere rechnen sie zu den Degenerationszeichen (Störungen in der Entwicklung). Zum mindesten darf man wohl die Pigmentanomalien und die Faltenbildung der Kopfhaut zu den Degenerationszeichen rechnen.

Wir kommen zum Schlusse. Die Erkenntnis von der Wichtigkeit der Degenerationszeichen ist auf klinischem und statistischem Wege gewonnen worden, und auch unsere Arbeit soll einen kleinen Beitrag zu dieser Erkenntnis liefern, indem sie die Befunde bei Gesunden und Kranken miteinander verglichen hat. Wohl gibt es keines der leichteren, vielleicht auch der schwereren Degenerationszeichen, das nicht auch einmal beim Gesunden sich fände: das Gesamtergebnis vermag dieser Umstand nicht zu erschüttern. Wir wollen noch einmal kurz die wichtigsten Tatsachen hervorheben:

Die Anomalien der Irisfärbung sind bei den Epileptikern, Idioten und Geisteskranken 6—10 mal häufiger als bei den Gesunden, sie kommen bei ihnen viel häufiger auf beiden Augen vor, sind viel häufiger mehrfarbig und finden sich beim Individuum in gehäufter Zahl.



Die Degenerationszeichen am Ohre kommen bei den Epileptikern und Idioten 6—8 mal häufiger vor als bei den Gesunden.

An den Degenerationszeichen der Zähne und Kiefer sind die Idioten mit 97% beteiligt. Da die meisten dieser Zeichen auf Rachitis beruhen, so gewinnt dadurch die Rachitis eine erhöhte Bedeutung in der Pathologie der Idiotie. Im selben Sinne spricht auch der Befund am Skelett überhaupt. Bezüglich der Zahl der leichteren Degenerationszeichen tritt bisweilen ein Schwanken ein zwischen den Epileptikern und Schülern, wenn auch schließlich im Hauptresultat die Schüler wieder um vieles günstiger dastehen.

An Seltenheiten von Degenerationszeichen bietet die Idiotie mehr als die Epilepsie.



Über die Schein-Entzündung (Pseudoneuritis) des Sehnerven, speziell bei Geisteskranken[1]).

Von Dr. med. **Hermann Giese.**

Im folgenden möchte ich die Aufmerksamkeit auf ein Gebiet lenken, das zwar von ophthalmologischer Seite schon wiederholt bearbeitet worden ist, von psychiatrischer Seite aber eine seiner praktischen Bedeutung entsprechende Würdigung wohl noch nicht gefunden hat.

Zuerst sei kurz ein Fall angeführt, der die praktische Bedeutung des in Frage stehenden Befundes besonders in diagnostischer Hinsicht illustriert.

Konrad G., geboren 1891, wurde im Jahre 1899 durch Gerichtsbeschluß der Zwangserziehung überwiesen, weil er in das Haus eines Nachbarn eingestiegen war und hier Brandstiftung verübt hatte. Von 1899—1907 befand er sich in einer Erziehungsanstalt, wo er im Unterricht sehr mangelhafte Fortschritte machte; mehrfach fiel er auf durch Bettnässen sowie durch unwillkürlichen Urinabgang auch bei Tage. 1907 kam er versuchweise in einen Dienst, wo er sich völlig unbrauchbar erwies, u. a. urinierte er in ein Essigfaß, verübte grausame Tierquälereien usw. Daraufhin wurde er 1907 in die Heilanstalt zu M. aufgenommen und von hier am 26. VIII. 1907 in hiesige Anstalt überführt. Diagnose: angeborener Schwachsinn.

Körperlicher Befund: Infantiler Habitus, sehr schwach entwickelte Achselhaare und Pubes (auch jetzt noch), Tubera des Schädels stark hervortretend, horizontaler Kopfumfang 58 cm. Nase platt und breit, Ohren abstehend, Hand- und Fußgelenke plump.

Nachdem der Zustand des G., von kleinen Stimmungschwankungen abgesehen, mehrere Jahre im ganzen gleichmäßig gewesen war — er wurde unter Aufsicht mit Haus- und Gartenarbeit beschäftigt —, klagte er am 20. VI. 1911 plötzlich über Kopfschmerzen, Schwindel und stechende

[1]) Aus dem Landeshospital Haina (Bez. Cassel), Direktor Dr. *Schürmann*.



Schmerzen in der Herzgegend. Kurz darauf stellte sich Erbrechen ein, große Benommenheit, Störungen der Atmung: Pat. lag mit weitgeöffnetem Munde und zurückgebogenem Kopf da, die Atmung erfolgte nach dem Typ von *Cheyne-Stokes*; durch Zeichen gab er zu verstehen, daß er Schmerzen in der Herzgegend habe. Gegen Abend erschien Pat. ganz bewußtlos und fast moribund. Puls verlangsamt, schwach. Kein Fieber. Auf Kampferinjektionen wurde nach Verlauf einiger Stunden die Atmung wieder gleichmäßig, Pat. vermochte die Lippen zu bewegen, das Schlucken war erschwert. Am folgenden Tage (21. VI.) konnte Pat. wieder sprechen, zeigte aber starke Denkhemmung. Es wurde folgender Befund notiert: dösiger Gesichtsausdruck, schlaffe Gesichtszüge, leichte Ptosis l., l. Fazialis etwas hängend, Pfeifen gelingt nicht. L. Pup. > r. Beide Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Ophthalmoskopisch: Beide Papillen gerötet, besonders im nasalen Teil, Begrenzung verschwommen, r. mehr wie l., Gefäße nicht geschlängelt. Keine Blutungen. — Kopfschmerzen, l. Kopfhälfte klopfempfindlich. Gesichtsfeld nicht eingeschränkt. Augenbewegungen nach allen Seiten frei. Romberg +. Sehnenreflexe sämtlich gesteigert, kein Babinsky. Sensibilität normal. Grobe Kraft beiderseits sehr gering. Atmung normal, Puls regulär, verlangsamt (54).

In den folgenden 2 Tagen erholte sich Pat. sehr rasch, am 23. VI. war nur noch eine Spur der Fazialisparese vorhanden, subjektive Beschwerden fehlten, außer Müdigkeitsgefühl; Pat. konnte sich seines schweren Zustandes nicht mehr entsinnen, obwohl er frei von Hemmung war. Nur der ophthalmoskopische Befund blieb der gleiche.

Es ergab die genauere Untersuchung: r. Papille stark rot getönt, besonders im nasalen Teil; Begrenzung besonders hier und am oberen Rand sehr verschwommen. L. Papille: temporale Partie hell gefärbt, nasale rot, Begrenzung besonders nasal und oben verschwommen, doch nicht so stark wie r. Gefäße beiderseits nicht geschlängelt, stellenweise leicht verschleiert. Pup. gut mittelweit, l. > r., kreisrund. Licht- und Konvergenzreaktion prompt.

Die durch Spiegeln im aufrechten Bild gefundene Refraktion war r. — 1,0, l. — 2,0 D. Die Untersuchung der Sehschärfe bot einige Schwierigkeiten, da Pat. im Lesen sehr ungeübt ist und es bei der Prüfung auch mehrfach am guten Willen fehlen ließ. Daher schwankten die Resultate bei verschiedenen Prüfungen etwas, und zwar zwischen $S > {}^5/_{10}$ und $S < {}^5/_6$ ohne Gläser, jedes Auge für sich geprüft. Mit Konkavgläsern wurde objektiv keine Besserung der Sehschärfe erzielt. Gesichtsfeld frei.

Dieser Augenbefund, häufig kontrolliert, blieb bis jetzt (Oktober 1912) ganz unverändert. Im übrigen ist über den weiteren Verlauf zu berichten, daß von zerebralen Symptomen jetzt nur noch eine andeutungweise vorhandene Schwäche in der Innervation des l. Mundfazialis vorhanden ist. Im August 1911 hatte Pat. einmal, als er trotz Verbots schwere

Arbeit getan hatte, Beschleunigung und Irregularität des Pulses nebst Kongestionen nach dem Kopfe und leichtem Schwindelgefühl. Zugleich erschien die Schilddrüse ganz leicht vergrößert. Unter Bettruhe verloren sich diese Symptome bald und sind bis heute nicht wieder aufgetreten (Basedow?).

Der beschriebene Augenspiegelbefund konnte bei dem Bestehen unzweifelhaft zerebraler Krankheiterscheinungen zunächst nicht anders als beginnende Neuritis optici gedeutet werden. Als jedoch alle Symptome einer organischen Gehirnaffektion längst geschwunden waren, das verdächtige ophthalmoskopische Bild aber unverändert fortbestand, und zwar, ohne irgendwelche funktionelle Störungen seitens des Sehorgans herbeizuführen — die geringe Herabsetzung der Sehschärfe läßt sich zwanglos auf die Myopie zurückführen —, mußte die Diagnose Neuritis optici fallen gelassen und eine „Pseudoneuritis" angenommen werden, gleichviel, wie man den diagnostisch im übrigen nicht recht geklärten Fall aufzufassen hat. Dieser Fall gab mir den Anlaß, mich mit dem Vorkommen der Pseudoneuritis nervi optici unter den Kranken hiesiger Anstalt sowie mit ihrer Theorie überhaupt eingehender zu beschäftigen.

Nottbeck, einer der ersten deutschen Autoren, dem wir über diesen Gegenstand genauere Untersuchungen verdanken, denen er außer den eigenen, in der Marburger Augenklinik beobachteten Fällen auch die Protokolle von *Uhthoff* über die Untersuchungen von 1800 Geisteskranken zugrunde legen konnte, charakterisiert das Bild der Pseudoneuritis optici folgendermaßen: „größere oder geringere Verwaschenheit der Papillengrenzen", die sich durchweg am deutlichsten am nasalen, dann am oberen und unteren Rande und am geringsten makularwärts zeigt, . . . eine vielfach in wechselndem Grade vorkommende radiäre Streifung der Papille und ihrer verwaschenen Grenzen, . . . eine „scheinbare Hyperämie", die sich als graurote Verfärbung, ab und zu mit Schlängelung der Gefäße einhergehend, zeigt. Im allgemeinen erscheint aber *Nottbeck* gerade das Mißverhältnis zwischen der Trübung und Verwaschenheit der Grenzen und den nicht hyperämischen Gefäßen auffallend und auf die richtige Diagnose hinweisend. In mehreren Fällen fand *N.* eine meist leichte, selten eine erhebliche Prominenz der Papille. Er hält das Bild der Pseudoneuritis für eine angeborene Anomalie und betont das gleichzeitige Vorkommen anderer kongenitaler Fehler, als deren konstantesten er die Hypermetropie ansieht (in 92% seiner Fälle vorhanden). Andere Autoren, so *Bristowe* (zitiert nach *Nottbeck*) hatten geradezu von einer „hypermetropischen Papille" gesprochen.



Mit den verschiedenen Formen der Scheinneuritis und den verschiedenen Bedingungen, unter welchen Pseudoneuritis-ähnliche Bilder entstehen können, hat sich neuerdings besonders eingehend *Salzer* beschäftigt. Derselbe betont, daß das ophthalmoskopische Bild der Papille durch Variationen seitens der Färbung, der Begrenzung, des Reliefs der Papille sowie durch Anomalien der Netzhautgefäße, hauptsächlich angeborene Schlängelung des Verlaufs (Tortuositas) und scheinbare Kaliberungleichheit, noch innerhalb der normalen Breite sehr erhebliche Verschiedenheiten aufweisen kann, deren richtige Deutung auch dem erfahrenen Spezialisten oft Schwierigkeiten biete. Je nach der stärkeren Beteiligung dieser einzelnen Faktoren an dem Zustandekommen des Bildes der Scheinneuritis unterscheidet er vier Formen derselben:

eine Pseudoneuritis rubra (ungewöhnlich rote Pupille mit verwaschener Begrenzung, ohne Prominenz);

eine Pseudoneuritis striata (Verwaschensein der Papillengrenzen infolge einer dieselben verschleiernden feinen radiären Streifung auf der Papille und in ihrer nächsten Umgebung);

eine Pseudoneuritis hyperplastica (Verschleierung der Papillengrenzen und der Gefäße durch Auflagerung von Glia und Bindegewebe auf der Papille, nicht selten kombiniert mit radiärer Streifung, wodurch besonders leicht differentialdiagnostische Schwierigkeiten entstehen);

endlich eine Pseudoneuritis prominens (knopfförmige Prominenz der Papille wie bei Stauungspapille).

Alle diese einzelnen Bilder können sich gelegentlich miteinander oder mit Gefäßanomalien kombinieren.

Während die meisten Autoren, besonders *Nottbeck*, *L. Pick* u. a., großen Wert auf das Zusammenfallen von Pseudoneuritis und Hypermetropie oder hypermetropischem Astigmatismus legen, steht *Salzer* auf dem Standpunkt, daß die Scheinentzündung des Sehnerven bei allen Refraktionszuständen vorkommt, wenn er auch nicht bestreitet, daß sie sich gern mit Refraktionsfehlern kombiniert. „Keinesfalls aber ist sie etwa für die Hypermetropie charakteristisch oder an diese gebunden, wie es nach einigen der erwähnten Literaturangaben scheinen könnte.“

Einig aber sind sich alle Untersucher in der Anerkennung der diagnostischen Schwierigkeiten: in vielen Fällen ist es durchaus unmöglich, eine einfache Neuritis optici oder eine beginnende Stauungspapille, unter Umständen auch eine beginnende Atrophie des Sehnerven durch einmalige ophthalmoskopische Untersuchung zu diagnostizieren. Es bedarf vielmehr zur Stellung der Differentialdiagnose gegen Pseudoneuritis oft genug wiederholter Kontrolle des Augen-



spiegelbefundes und wiederholter Prüfung der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes, eventuell des Farbensinnes.

Die Pseudoneuritis bleibt während des ganzen Lebens unverändert, sie bewirkt an sich keine Funktionsstörungen; liegen solche vor, so muß nach einer anderen Ursache gesucht werden, z. B. Strabismus bei Amblyopie u. dgl. Insbesondere ist unerläßlich für die Stellung der Differentialdiagnose die Untersuchung im aufrechten Bilde, da nur diese genügend die Einzelheiten, besonders kleinste Herde und Hämorrhagien auf und neben der verdächtigen Papille, die für den entzündlichen Charakter der Affektion beweisend sind, mit Sicherheit erkennen läßt.

Soviel zur allgemeinen Orientierung aus der Literatur über die Pseudoneuritis. Genauere Literaturverzeichnisse und Kasuistik finden sich bei *Nottbeck*, *Pilcz* und *Wintersteiner*, *Salzer*, *Wilbrand* und *Saenger*, auf die ich verweise.

Ich komme nun zu dem speziellen Teil meiner Ausführungen. Die zahlreichen Untersucher, die systematisch Geisteskranke ophthalmoskopiert haben, erwähnen unter ihren Befunden, soweit dieselben kongenitale Zustände darstellen, fast alle teils mehr, teils weniger bestimmt Anomalien der Papille, die unter der Rubrik der Pseudoneuritis unterzubringen wären.

Nottbeck schätzt auf Grund der *Uhthoff*schen Befunde die Zahl der Pseudoneuritiker unter den Geisteskranken auf etwa das Doppelte wie bei den Nichtgeisteskranken, was dadurch zu erklären sei, „daß nachgewiesenermaßen bei gewissen Kategorien von Geisteskranken angeborene Fehler überhaupt sich häufiger finden". *Pilcz* und *Wintersteiner* sahen mehrfach schlechte Abgrenzung der Papille, Bindegewebe auf der Papille, abnorme Gefäßschlängelung. Alle diese Faktoren können jedenfalls das Bild einer Pseudoneuritis hervorrufen. Doch ist es wegen der von diesen Autoren vorgenommenen Einteilung der angeborenen Defekte des Auges unmöglich, aus ihrem Schema zahlenmäßige Angaben über das Vorkommen der Pseudoneuritis bei den einzelnen Gruppen der Psychosen zu entnehmen. Nach ihren Befunden ist es freilich zweifelhaft, ob Bindegewebe auf der Papille als Degenerationszeichen anzusehen sei. *Salzer* betont in einem Falle hochgradiger Tortuositas vasorum, daß diese Mißbildung als Degenerationszeichen aufzufassen sei mit Rücksicht auf das Vorkommen schwerer psychischer Entartung bei den nächsten Angehörigen; es scheint ihm, daß Streifung der Papille bei Geisteskranken im allgemeinen öfters vorkommt als bei Gesunden, ähnlich wie *Bernhardt* die Meinung ausspricht, daß ein gleichfalls wohl als Degenerationsmerkmal aufzu-



fassender Befund am Augenhintergrund, die Markhaltigkeit von Nervenfasern in der Retina, bei psychisch abnormen Individuen häufiger sei als bei psychisch gesunden. *Bartels* (zitiert nach *Wilbrand* und *Saenger*) gibt zur Aufklärung der diagnostischen Schwierigkeiten, ob es sich um echte oder Pseudoneuritis handele, den Rat, direkt Verwandte der betreffenden Patienten zu untersuchen; findet man bei diesen einen ähnlichen Befund, so sei die Diagnose Pseudoneuritis gesichert.

Bei diesem Stande der Frage erschien mir eine Untersuchung darüber interessant und praktisch wichtig, wie sich die Pseudoneuritis auf die einzelnen Gruppen der Geisteskrankheiten verteilt, unter besonderer Berücksichtigung ihres Verhältnisses zu angeborenen Entwicklungsstörungen und bekannten Degenerationsmerkmalen.

Auch zur Klärung einiger anderer Fragen aus dem Gebiet der Pseudoneuritis, über welche in der Literatur noch Meinungsverschiedenheiten bestehen, erscheinen derartige Untersuchungen geeignet. Heben doch noch die neuesten Autoren, die sich mit diesen Fragen eingehender beschäftigt haben, so besonders *Salzer*, hervor, wie wenig gewürdigt dieses praktisch wichtige Gebiet noch sei.

Ich lasse zunächst eine kurze Übersicht über die unter meinem Material beobachteten Fälle von Pseudoneuritis optici folgen. Ich bin bei meinen Untersuchungen so vorgegangen, daß ich zunächst die Fälle ohne Rücksicht auf die psychiatrische Diagnose, zum Teil sogar ohne Kenntnis derselben, gespiegelt und dann diejenigen, welche irgendwelche Anomalien zeigten, genauer und wiederholt untersucht habe. Die ophthalmoskopischen Untersuchungen wurden durchweg unter denselben Bedingungen vorgenommen: im Dunkelzimmer mit lichtstarkem Konkavspiegel, sowohl im umgekehrten wie im aufrechten Bilde, bei letzterer Methode häufig Homatropin-Mydriasis, regelmäßig bei ophthalmoskopischer Bestimmung der Refraktion.

Die bei den einzelnen Fällen angegebene Beobachtungsdauer bezieht sich nur auf die Zeit, innerhalb welcher speziell der Augenbefund kontrolliert wurde. Die gesamte Beobachtungszeit der betreffenden Kranken war durchweg weit länger, meist 1½ bis mehrere Jahre, wodurch es mir wesentlich erleichtert wurde, ein organisches Gehirnleiden auszuschließen.

Fall I. G. Siehe den in der Einleitung beschriebenen Fall. Doppelseitige Pseudoneuritis rubra.

Fall II. R., Johannes, geboren 1856.



Hochgradige angeborene Deformitäten und Paresen sämtlicher **Glieder,** abnorm großer Kopf mit niedriger Stirn (horizontaler Kopfumfang 60 cm), angeborener hochgradiger Strabismus convergens beiderseits. Choreatische Gliederunruhe.

Nicht geisteskrank.

Heredität: Mutter sehr schwächlich und kränklich. Pat. ist 2 Monate vor dem normalen Ende der Schwangerschaft geboren.

Augenbefund: l.: Papille hochrot, Begrenzung recht unscharf, Gefäße o. B. R.: Papille normal gefärbt und begrenzt. Refraktion: beiderseits geringe Hypermetropie.

Sehschärfe: l. mit + 2,0 sph. S < $^5/_{15}$; r. mit + 2,0 sph. S = $^5/_{15}$.

Linkseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Dauer der Kontrolle: 9 Monate.

Fall III. B., Johann Konrad, geboren 1848.

Diagnose: wahrscheinlich von jeher etwas imbezill. Langjähriger Alkoholmißbrauch, vorzeitiges Senium, Arteriosklerose. Kleiner Schädel, niedrige Stirn. Horizontaler Kopfumfang 54 cm.

Heredität: beide Eltern waren immer kränklich. Näheres nicht bekannt.

Augenbefund: r. Papille hochrot, Grenzen deutlich erkennbar.

L. Papille bis auf die physiologische Exkavation hochrot, Grenzen verwaschen. Beiderseits feine radiäre Streifung der Papille erkennbar.

Refraktion: + 1,5. Visus (mit + 1,5 sph.) r. S = $^5/_6$, l. S $\leq$ $^5/_6$.

Linkseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Dauer der Kontrolle: 9 Monate.

Fall IV. S., Heinrich Justus, geboren 1886.

Diagnose: Idiotie.

Spitzer Schädel, niedrige fliehende Stirn, horizontaler Kopfumfang 55 cm, vortretende Augäpfel, auffallend stark entwickelte Nase, steiles, schmales Gaumendach, lange Figur mit schmalem Thorax und langen Gliedmaßen.

Heredität: Vater Alkoholiker, ein Onkel des Vaters schwachsinnig.

Augenbefund: l. Pup. etwas weiter wie die r. Lichtreaktion normal, desgl. Augenbewegungen.

Ophthalmoskopisch: r.: Papille auf der nasalen Hälfte stärker rot getönt wie auf der temporalen. Konturen überall, besonders am nasalen Rande, verschwommen, nicht abgrenzbar. L.: Die Papille zeigt ein ähnliches Bild, doch etwas weniger ausgeprägt. Dicht unterhalb derselben ist eine unscharf begrenzte, zarte, blaugraue, wolkige Trübung des sonst hochroten, mäßig pigmentierten Fundus etwa vom Umfang einer Pupillenbreite sichtbar, durch die zwei größere Gefäße hindurchziehen, von denen das schwächere durch die Trübung an einer Stelle verdeckt wird. Gefäße sonst beiderseits o. B.

Refraktion: + 2,0. Sehschärfe beiderseits normal.



Doppelseitige Pseudoneuritis optici rubra.
Beobachtungsdauer: 6 Monate.

Fall V. B., Heinrich, geboren 1866.

Diagnose: Schizophrenie.

Heredität: Mutter an Phthise gestorben, sonst nichts. Keine Mißbildungen.

Augenbefund: r. Pup. etwas weiter als l.

Ophthalmoskopisch: r. Papille gleichmäßig rot, am nasalen Rande stark verwaschene Begrenzung, kleiner temporaler Konus. Gefäße o. B. L. normaler Befund.

Refraktion: geringe Myopie. Visus nicht sicher festzustellen.

Rechtseitige Pseudoneuritis optici rubra.
Beobachtungsdauer: 3 Monate.

Fall VI. M., Damian, geboren 1860. Vom 8. V. 1876 bis 12. III. 1912 in hiesiger Anstalt.

Diagnose: Imbezillität höheren Grades mit Epilepsie.

Heredität: drei Geschwister des Pat. sind klein an Krämpfen gestorben.

Mißbildungen: stark asymmetrische Gesichtsbildung, kleiner Schädel (horizontaler Kopfumfang 54,5 cm).

Augenbefund: Pup. stets weit, l. 6,5 mm, etwas oval, r. 7 mm, kreisrund. Licht- und Konvergenzreaktion beiderseits normal.

Ophthalmoskopisch: r. normal, l. nasale Papillenhälfte viel stärker getönt als die temporale mit stark verschwommener Begrenzung und leichter Prominenz. Gefäße o. B.

Die l. Papille hat die Form eines aufgerichteten Ovals. Gesichtsfeld beiderseits normal.

Refraktion: — 2,0 beiderseits.

Sehschärfe nicht sicher zu prüfen wegen Demenz.

Nervensystem: Sehnenreflexe sämtlich erhöht, kein Babinski. Leichte Hypertonie der Extremitäten- und Halsmuskulatur. Steife Bewegungen, aber keine Koordinationsstörungen. Sensibilität normal. Völlig stationärer Befund.

Linkseitige Pseudoneuritis optici prominens.
Beobachtungsdauer: 2 Monate.

Fall VII. W., Otto, geboren 1890.

Diagnose: epileptische Seelenstörung, von Jugend auf moralisch und intellektuell minderwertig.

Mißbildungen: stark asymmetrische Schädelbildung.

Heredität: Vater „sehr hitzig“, leidet an Tic convulsif. Mutter reizbar.

Die männlichen Mitglieder der mütterlichen Familie sind Verbrecher, die weiblichen Prostituierte.

Augenbefund: r.: oberhalb und unterhalb der Papille feine weißlichgraue Auflagerungen, die die Gefäße an und nahe bei dem Papillenrande verschleiert erscheinen lassen. Feine Radiärstreifung auf der Papille sichtbar. L.: Papille normal gefärbt, Begrenzung etwas unscharf. Dem unteren Rand der Papille sitzt ein breites Bündel markhaltiger Nervenfasern auf, das die Gefäße stellenweise verdeckt. Kleine temporale Sichel.

Refraktion: beiderseits geringe Myopie.

Sehschärfe: beiderseits fast $^6/_6$, mit Konkavgläsern keine Besserung.

Gesichtsfeld: beiderseits normal.

Rechtseitige Pseudoneuritis optici hyperplastica + striata.

L.: markhaltige Nervenfasern.

Beobachtungszeit: mehrere Jahre.

Fall VIII. J., Heinrich Wilhelm, geboren 1846.

Diagnose: chronischer Depressionszustand auf der Basis von Alkoholismus + Arteriosklerose.

Heredität: angeblich keine erbliche Belastung.

Keine Mißbildungen.

Augenbefund: Pup. r. > l. (4,5 : 4,0 mm).

Beiderseits beginnende Katarakt (leichte speichenartige Linsentrübung).

Pterygium.

Ophthalmoskopisch: Fundusbild noch gut erkennbar.

R.: Papille hochrot bis auf die scharf abgesetzte physiologische Exkavation. Begrenzung besonders nasal unscharf infolge stark ausgebildeter radiärer Streifung, die als heller Hof rings die Papille umgibt.

Kleiner temporaler Konus.

L.: ähnliches Bild.

Refraktion: beiderseits geringe Myopie.

Sehschärfe: beiderseits knapp $^5/_{12}$ (mit Gläsern keine Besserung). Gesichtsfeld frei.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici striata.

Beobachtungszeit: 4 Monate.

Fall IX. L., August, geboren 1876

Diagnose: Imbezillität

Heredität: angeblich keine erbliche Belastunng.

Mißbildungen: kleiner Schädel (Kopfumfang 54 cm) mit niedriger Stirn und vortretenden Augäpfeln. Strabismus divergens alternans.

Augenspiegelbefund: r.: Papille hochrot getönt, Grenzen völlig verwaschen, an keiner Stelle der Peripherie deutlich erkennbar. Die nächste Umgebung der Papille erscheint eigentümlich gelbrot verschleiert. Fundus stark pigmentiert. L.: ähnliches Bild, nicht ganz so ausgeprägt.

Gefäße beiderseits normal.

Refraktion: — 2,0 im aufrechten Bilde.



Sehschärfe: l. S = $^5/_6$ mit — 1,75 sph., r. S < $^5/_6$ mit — 1,0 sph.

D o p p e l s e i t i g e P s e u d o n e u r i t i s o p t i c i r u b r a.

Beobachtungsdauer: 7 Monate.

F a l l X. Sch., Karl, Fürsorgezögling, geboren 1896.

Diagnose: angeborener Schwachsinn, besonders auf ethischem Gebiete.

Heredität: Vater Potater, mehrfach bestraft, Mutter sehr minderwertig, schwere Hysterika, mehrfach bestraft.

Mißbildungen: stark degenerativ gebildetes Gesicht.

Augenspiegelbefund: r.: Papille stark getönt, Begrenzung nur temporal erkennbar, nasal, oben und unten verwaschen durch starke radiäre Streifung und weißgraue, zarte Auflagerungen auf der Papille, besonders im Trichter der physiologischen Exkavation, wodurch selbst starke Gefäßstämme hier teilweise verdeckt werden, und rings um die Papille herum, besonders oben und unten; diese grauweißen Auflagerungen erstrecken sich besonders entlang den Gefäßen, die an vielen Stellen verdeckt werden. Gefäße nicht geschlängelt oder gestaut. Die Papille ist leicht prominent. Differenz zwischen der Höhe und den Randpartien eine Dioptrie (im aufrechten Bilde).

L.: ähnliches Bild. Grenze der Papille temporal durch einen feinen Pigmentstrich angedeutet, nasal und oben ist der Kontur der Papille völlig verwischt. Grauweiße Auflagerungen und feine radiäre Streifung ganz ähnlich wie r. Die ganze Papille ist deutlich prominent, besonders an der temporalen Seite und oben. Die feinen Gefäße am temporalen Rande zeigen beim Anstieg auf die Papille eine deutliche Knickung.

Die Differenz zwischen den Gefäßen auf der Höhe der Papille und am temporalen Rande beträgt zwei Dioptrien.

Refraktion: beiderseits — 1,0.

Fundus im übrigen normal. Visus: beiderseits $^5/_6$ (mit Konkavgläsern objektiv keine Verbesserung).

D o p p e l s e i t i g e P s e u d o n e u r i t i s o p t i c i h y p e r p l a s t i c a + p r o m i n e n s.

Beobachtungsdauer: 8 Monate.

F a l l XI. M., Fritz, geboren 1881.

Diagnose: Schizophrenie.

Angeblich keine erbliche Belastung. Keine Degenerationsmerkmale.

Augenbefund beiderseits: Papillengrenzen verschwommen, Papille besonders auf der nasalen Hälfte hochrot gefärbt. Gefäße o. B.

Refraktion: Emmetropie.

Sehschärfe: beiderseits = $^6/_6$.

D o p p e l s e i t i g e P s e u d o n e u r i t i s o p t i c i r u b r a.

Beobachtungsdauer: 5 Monate.

F a l l XII. H., Heinrich, geboren 1858.



Diagnose: manisch-depressives Irresein.

Heredität: drei Geschwister jung gestorben, die lebenden Geschwister sind alle leicht erregbar, jähzornig, ein Bruder leidet gleichfalls an totaler Gaumenspalte.

Mißbildungen: totale Gaumenspalte.

Augenbefund: beiderseits Papille im nasalen Teil hochrot getönt, nasaler Kontur ganz verschwommen, gegen das Rot des Fundus nicht abgrenzbar. Im übrigen nichts Auffallendes.

Refraktion: geringe Hypermetropie.

Sehschärfe: r. mit + 1,5 = $^6/_8$, l. mit + 1,0 mehr als $^6/_8$.

Kein Astigmatismus.

Gesichtsfeld beiderseits normal.

Beiderseits Pseudoneuritis optici rubra.

Kontrollzeit: 5 Monate.

Fall XIII. B., Heinr. Phil. Georg, geboren 1866.

Diagnose: angeborener Schwachsinn höheren Grades.

Über Heredität nichts zu ermitteln.

Mißbildungen: Gesichtsbildung erinnert an die eines Orang-Utang; besonders auffallend ist die breite, platte, an der Wurzel fast sattelartig flache Nase, der breite Mund, die abstehenden Ohren. Blöder Gesichtsausdruck.

Raphe des harten Gaumens sehr stark wulstig.

Augenbefund: ophthalmoskopisch: die rechte Papille zeigt überall verschwommene Begrenzung, ist im nasalen Teil stark rot getönt. L. Papille zeigt die Figur eines stehenden Ovals, ist normal gefärbt und ziemlich gut begrenzt.

Gefäße beiderseits o. B.

Refraktion: beiderseits — 1,0 sph. (ophthalmoskopisch).

Die Sehschärfe ist wegen der Demenz des Kranken nicht genauer zu bestimmen.

Rechtseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Beobachtungszeit: 7 Monate.

Fall XIV. S., Wilhelm, geboren 1887.

Diagnose: angeborener Schwachsinn.

Heredität: nichts Sicheres bekannt.

Degenerationszeichen: horizontaler Kopfumfang 53 cm. Hoher schmaler Gaumen mit stark wulstiger Raphe. Stark degenerative Gesichtsbildung, blöder Ausdruck.

Strabismus divergens r.

Augenbefund: r.: temporale Hälfte der Papille hell gefärbt, scharf begrenzt, nasale Partie hochrot getönt, Begrenzung völlig verschwommen. Gefäße normal. L.: Papille im ganzen heller, gelbrot gefärbt, am temporalen Rand scharf, am nasalen verschwommen begrenzt.

Die ganze Umgebung der Papille zeigt eine leichte grauweiße Trübung.



Alles übrige normal.

Refraktion: l. Emmetropie, r. — 3,0.

Sehschärfe: l. S = $^5/_5$, r. S = $^5/_{10}$ mit — 3,0 sph.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Beobachtungszeit: 6 Monate.

Fall XV. R., Adolf, geboren 1874.

Diagnose: Schizophrenie.

Heredität: Vater geisteskrank, Mutter geisteskrank, ein Bruder geisteskrank („Katatoniker"). Körperliche Degenerationszeichen nicht vorhanden.

Augenbefund: r.: temporale Sichel mit etwas Pigment. Papille in ihrem temporalen Bezirk sehr hell, in ihrem nasalen hochrot gefärbt, nasaler Kontur völlig verwaschen. Gefäße o. B. Fundus stark pigmentiert. L.: gleicher Befund.

Refraktion: l. Myopie von 3,0, r. von 2,0 Dioptrien (ophthalmoskopisch).

Sehschärfe: l. S > $^5/_{10}$ mit — 2,5 sph., r. S = $^5/_6$ mit — 1,5 sph.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Beobachtungszeit: 7 Monate.

Fall XVI. G., Johann George, geboren 1871.

Diagnose: Schizophrenie auf dem Boden der Imbezillität.

Heredität: Vater an Tuberkulose gestorben, weiteres nicht bekannt.

Degenerationszeichen: nichts Besonderes.

Augenbefund: r. Papille ziemlich gleichmäßig rot, nur wenig heller als der Fundus, verliert sich ohne jede scharfe Begrenzung allmählich in dem Rot des Fundus; leichte radiäre Streifung im aufrechten Bild erkennbar. Gefäße o. B. L.: der temporale Kontur der Papille ist durch den Chorioidealring angedeutet; der nasale dagegen ebenso unscharf wie r. Gefäße o. B.

Refraktion: beiderseits Emmetropie.

Sehschärfe: beiderseits S = $^5/_5$.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Beobachtungsdauer: 7 Monate.

Fall XVII. A., Johann, geboren 1869.

Diagnose: Idiotie.

Heredität: angeblich keine Belastung.

Entartungsmerkmale: Mikrokephalie (horizontaler Kopfumfang 52 cm), stark abstehende, völlig verbildete Ohrmuscheln, Iris beiderseits blau mit braunen Pigmentflecken.

Augenbefund: r.: Papille im nasalen Teil stark rot getönt, mit ganz verschwommener Begrenzung; temporaler Teil sehr hell gefärbt und scharf begrenzt. Papille zeigt die Form eines liegenden Ovals. Gefäße o. B. L.: ähnliches Bild, doch nicht so ausgeprägt.

Refraktion: beiderseits Emmetropie.

Sehschärfe bei der Demenz des Pat. nicht festzustellen.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Beobachtungszeit: 5 Monate.

Fall XVIII. N., Wilhelm, geboren 1878.

Diagnose: angeborener Schwachsinn; bis 1900 auch angeblich epileptische Krämpfe, seit 1900 allmählicher Eintritt einer völligen Veränderung der gesamten Persönlichkeit; bietet jetzt seit Jahren das Bild weitgehender geistiger Zerfahrenheit, daneben katatonische Symptome.

Heredität: Vater Säufer, Mutter epileptisch. Weiteres nicht bekannt.

Degenerationszeichen: Gesichtsschädel stark asymmetrisch: r. Ohrläppchen verbildet. Auffallend starke Schweißsekretion.

Augenbefund: L. zarte Macula corneae, Astigmatismus. Papille gleichmäßig stark rot getönt, wenig gegen den Fundus sich abhebend, Begrenzung überall hochgradig verschwommen. Die Gefäße sind am oberen Rand der Papille geschlängelt, die Papille erscheint besonders oben leicht prominent. Die feineren Gefäße auf der Papille und ringsum sind durch eine zarte weiße Auflagerung verschleiert und teilweise scheinbar unterbrochen, besonders am oberen Rande. R. am temporalen Rand zeigt sich ein kleines atrophisches Feld in der Chorioidea mit etwas Pigmenteinlagerung. Papille und Gefäße ebenso wie l., nur ist die Prominenz des Papillenrandes nicht so deutlich. Emmetropie.

Sehschärfe: läßt sich nicht prüfen wegen des Vorbeiredens des Patienten.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici hyperplastica, l. kombiniert mit Prominenz der Papille. Tortuositas vasorum.

Beobachtungszeit: 8 Monate.

Fall XIX. H., Albert, geboren 1875.

Diagnose: Imbezillität.

Heredität: Bruder der Mutter an Paralyse gestorben.

Entartungszeichen: nichts Besonderes.

Augenbefund: r. Papille hochrot getönt, von Skleralring umgeben. Kontur oben etwas verwaschen. Gefäße normal. L.: schmale temporale Sichel. Papille im nasalen Teil stark rot getönt, Begrenzung oben und nasal sehr verschwommen. Flache physiologische Exkavation. Gefäße normal.

Refraktion: beiderseits — 2,0 (ophthalmoskopisch bestimmt).

Sehschärfe beiderseits $> {}^5/_{10}$. Mit Konkavgläsern keine Besserung zu erzielen.

Linkseitige Pseudoneuritis optici rubra.

Fall XX. G., Georg, geboren 1886.

Diagnose: angeborener Schwachsinn.



Heredität: Vater Säufer, Mutter Säuferin, ein Bruder des Vaters Säufer, beging Suizid.

Degenerationsmerkmale: Mikrokephalie, Henkelohren.

Augenbefund: l.: Papille etwa normal gefärbt; stark ausgebildete radiäre Streifung, welche die Gefäße auf und besonders neben der Papille verschleiert und die Grenzen der Papille etwas verwaschen erscheinen läßt. Gefäße sämtlich geschlängelt. Fundus stark pigmentiert. R.: radiäre Streifung gleichfalls deutlich, Gefäße weniger geschlängelt.

Refraktion: l. Myopie, r. Emmetropie.

Sehschärfe: l. mit — 2,0 sph. fast $^6/_6$, r. ohne Glas S = $^6/_6$.

Gesichtsfeld beiderseits normal.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici striata mit Tortuositas vasorum l.

Beobachtungsdauer: 5 Monate.

Fall XXI. F., Damian, geboren 1868.

Diagnose: Idiotie.

Heredität: Mutter geisteskrank, verblödet, Vater der Mutter psychisch abnorm, eine Schwester der Mutter geisteskrank.

Mißbildungen: starke Genua valga. Kleiner Schädel mit starken Tubera. Die hellblaue Iris zeigt beiderseits Pigmentflecke. Strabismus divergens beiderseits, besonders l.

Augenbefund: r. normales Bild. L. feine radiäre Streifung auf der Papille und um sie herum.

Weißliche Auflagerungen am nasalen und oberen Rand der sonst normalen Papille lassen keine scharfe Begrenzung derselben erkennen. Diese Auflagerungen folgen eine Strecke weit den nach oben ziehenden größeren Gefäßstämmen. Einige kleine Gefäße geschlängelt.

Fundus beiderseits reichlich pigmentiert.

Sehschärfe: r. = $^6/_6$ mit + 1,5, l. = $^6/_{12}$. Mit Gläsern keine Besserung (Strabismus!).

Refraktion: l. — 3,0 (ophthalmoskopisch bestimmt). Gesichtsfeldprüfung gelingt nicht.

Linkseitige Pseudoneuritis striata + hyperplastica.

Beobachtungsdauer: 8 Monate.

Fall XXII. W., Ernst, geboren 1892.

Linkseitige Pseudoneuritis striata + hyperplastica.

Beobachtungsdauer: 8 Monate.

Fall XXII. W., Ernst, geboren 1892.

Diagnose: Imbezillität.

Heredität: Eltern angeblich gesund, sonst nichts bekannt.

Entartungszeichen: nicht vorhanden.



Augenbefund: r.: Papille graurot, Kontur oben, unten und nasal stark verwaschen, nur temporal gegen das Rot des Fundus abgrenzbar. Rand der Papille prominent, besonders oben und unten.

Gefäße am unteren Rand geschlängelt.

L.: ganz ähnliches Bild, doch ist die Papille nicht prominent.

Refraktion: beiderseits Emmetropie.

Sehschärfe: beiderseits = $^5/_5$.

L.: Pseudoneuritis rubra, r.: prominens.

Beobachtungszeit: 7 Monate.

Fall XXIII. F., Otto, geboren 1877.

Diagnose: Idiotie.

Heredität: unbekannt.

Mißbildungen: horizontaler Kopfumfang 53,5 cm; Prognathie; blöder Gesichtsausdruck.

Augenbefund: r.: Papille in der Mitte hochrot, am Rande gelbrot gefärbt; das Gelbrot der Randpartien geht ohne erkennbare Grenze in das Rot des Fundus über. Im aufrechten Bilde erkennt man deutlich eine feine radiäre Streifung auf und neben der Papille, Gefäße normal. L.: ganz dasselbe Bild.

Refraktion: beiderseits Emmetropie.

Sehschärfe etwa normal, genauere Prüfung wegen Demenz unmöglich.

Doppelseitige Pseudoneuritis optici striata.

Beobachtungszeit: 4 Monate.

Fall XXIV. R., Adam Karl, geboren 1865.

Diagnose: Schizophrenie.

Heredität: keine erbliche Belastung.

Entartungszeichen nicht vorhanden.

Augenbefund: r. normal, l. Papille stark rot getönt. Begrenzung nur am unteren temporalen Quadranten normal, im übrigen völlig verwaschen, besonders am nasalen und oberen Kontur durch die hier büschelartig in das Rot des Fundus weit ausstrahlende, stark ausgebildete radiäre Streifung, die an den übrigen Teilen des Randes nur angedeutet ist.

Gefäße normal.

Refraktion: — 1,0 beiderseits.

Sehschärfe: l. = $^5/_6$, r. < $^5/_6$. Durch Gläser wird keine Besserung erzielt.

Linkseitige Pseudoneuritis optici striata.

Beobachtungszeit: 4 Monate.

Fall XXV. K., Wilhelm, geboren 1870.

Diagnose: angeborener Schwachsinn.

Heredität: mehrere Geschwister leiden an Krämpfen.

Entartungszeichen: hydrokephalische Kopfbildung, sehr plumpe, wenig differenzierte Gesichtsbildung. Rachitischer Knochenbau.



Augenbefund: r. normal. L.: kleiner temporaler Konus. Papille zeigt verwaschene Begrenzung, besonders nasal; eine Vene ist stark geschlängelt. Sonst nichts Besonderes.

Refraktion: — 2,0 sph. (ophthalmoskopisch).

Sehschärfe nicht feststellbar.

Linkseitige Pseudoneuritis optici. Tortuositas vasorum.

Beobachtungszeit: 3 Monate.

Vorstehende 25 Fälle von Pseudoneuritis optici fanden sich unter einem eigens daraufhin untersuchten Material von 290 Männern, Patienten hiesiger Anstalt, die sämtlich geisteskrank sind mit Ausnahme von zweien, welche sich als „Sieche" in Haina befinden; diese beiden leiden an hochgradigsten angeborenen Deformitäten (siehe Fall II).

Will man auf diesem Gebiete statistisch vorgehen, die gefundenen Zahlen mit denen anderer Autoren vergleichen und aus den Zahlen Schlüsse auf die Häufigkeit der Pseudoneuritis bei bestimmten Geisteskranken ziehen, so bedarf es zunächst einer genauen Festlegung derjenigen Anomalien, die man mit dem Namen „Pseudoneuritis" zusammenfaßt. Denn es stellen diejenigen Befunde, die man unter diesem Begriff meist vereinigt, nicht eine in ihrem Wesen einheitliche Abweichung von der Norm dar, sondern es können, wie dies ja auch aus der *Salzer*schen Einteilung klar hervorgeht, verschiedenartige Faktoren dem Sehnervenkopf ein Aussehen geben, durch das der Schein einer Entzündung oder Schwellung, also eine „Scheinneuritis", hervorgerufen wird. Demgemäß habe ich nur solche Befunde als Pseudoneuritis bezeichnet, die auffallend genug sind, um eine Verwechselung mit echter Neuritis wirklich zuzulassen. Nicht aufgenommen habe ich also z. B. Fälle, in denen nur ein kleiner Teil des Papillenrandes verwaschen erschien, in denen nur eine leichte Verschleierung der normal gefärbten, nicht prominenten Papille durch radiäre Streifung bestand, vor allem nicht solche Fälle, in denen nur Rötung, wenn auch noch so lebhafte, bei noch genügend erkennbarer Begrenzung sich fand. Nicht berücksichtigt habe ich ferner Fälle mit starker Rötung und mit Verwaschensein der Grenzen der Papille, wenn zugleich an der nicht deutlich begrenzten Seite die die Myopie so oft begleitenden erworbenen Veränderungen in der nächsten Umgebung der Papille (Conus temporalis oder nasalis, Staphyloma



posticum, Sclerotico-Chorioditis posterior) bestanden. Bei einem größeren Staphylom findet man sehr häufig unscharf begrenzte, diffus gerötete Papillen, ein Befund, der früher sogar zu der Annahme einer besonderen Neuritis der Kurzsichtigen geführt hat (vgl. *Arnfeld*, Neuritis hypermetropum. Diss. Breslau 1895). Diese Fälle dürfen den in der Literatur als „Pseudoneuritis" bekannt gewordenen nicht gleichgestellt werden.

Hinsichtlich der Ausdehnung des Begriffs der Pseudoneuritis gibt *Salzer* zu bedenken, daß auch die Symptome einer beginnenden echten Neuritis außerordentlich geringfügig sein können (vgl. Taf. II, Fig. 4 bei *Salzer*, Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen usw.). *Schmidt-Rimpler* (Augenheilkunde und Ophthalmoskopie, VII. Auflage S. 246) fand in den meisten Fällen, in denen er Stauungspapille entstehen sah, als erstes Zeichen „Hyperämie der Papille und ein Verschwommensein ihrer Grenzen, meist nur nach einer Seite hin und so unbedeutend, daß zurzeit keine sichere Diagnose auf die wirkliche pathologische Bedeutung des Bildes gestellt werden konnte". In seltenen Fällen fand er auch zuerst Ödem und Hervorragung der Papille, Papillengrenzen verschwommen, Gefäße normal, die zentrale Fovea noch weiß. — Eine Durchsicht der von mir als Pseudoneuritis beschriebenen Fälle zeigt, daß die bei denselben bestehenden Abweichungen von der Norm mindestens den hier angegebenen Kriterien beginnender Stauungspapille entsprechen, meist sogar noch weit stärker sind.

Es entsprechen die von mir nach *Salzers* Nomenklatur als „Pseudoneuritis rubra" bezeichneten Bilder in den wesentlichen Punkten den bei *Salzer*, Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen aus der Papilla nervi optici, Taf. 1, Fig. 9 und 10, abgebildeten Formen, meine Fälle von „Pseudoneuritis hyperplastica" etwa Taf. I, Fig. 17, und Taf. II, Fig. 7, meine Fälle von „Pseudoneuritis striata" teilweise, wenigstens was die Art der Radiärstreifung anbetrifft, Taf. I, Fig. 16 und 17, „Pseudoneuritis prominens" endlich etwa der Fig. 20 auf Taf. I (große Ähnlichkeit mit diesem Bild zeigt mein Fall Nr. XXII, soweit die Prominenz nur eines Teiles der Papille in Betracht kommt).

Bei Einteilung meiner Fälle nach *Salzers* Prinzip fand ich:

15 Kranke mit Pseudoneuritis rubra,
5 ,, ,, ,, striata,
4 ,, ,, ,, prominens,
3 ,, ,, ,, hyperplastica,



2 Kranke mit Pseudoneuritis hyperplastica + prominens,
2 „ „ „ „ + striata.

(Mehrere Kranke, die auf jedem Auge eine andere Form der Pseudoneuritis hatten, sind in dieser Tabelle zweimal gezählt worden.)

Es zeigt diese Tabelle, daß die Auflagerung gliöser oder bindegewebiger Elemente auf der Papille sich gern mit anderen Anomalien (Streifung und Prominenz) kombiniert. In den Fällen von Prominenz der Papille fand ich stets auch eine mehr oder weniger verwaschene Begrenzung; die scharf begrenzten, knopfförmigen Papillen mit sehr starker Prominenz (mehrere Dioptrien) sind jedenfalls sehr selten. — Einseitig kam die Pseudoneuritis unter meinem Material 10mal, doppelseitig 15 mal vor.

Auch ich konnte ebensowenig wie *Salzer* das Überwiegen einer bestimmten Refraktionsanomalie konstatieren: 11 meiner Fälle weisen Myopie geringen Grades (1—4 Dioptrien) auf, nur 4 sind Hypermetropen geringen Grades, 7 sind Emmetropen, und bei 3 findet sich Anisometropie (2 mal E + M, 1 mal H + M), wobei allerdings einige Fälle gleichartiger Ametropie von geringer Differenz zwischen beiden Augen nicht mitgezählt wurden. Ein Fall von Astigmatismus war durch eine zarte Macula corneae bedingt. — Die Sehschärfe ließ sich 19 mal feststellen: normal oder doch fast normal war dieselbe in 9 Fällen, leicht oder mäßig herabgesetzt (bis zur Hälfte der normalen) in 7 Fällen, stärker herabgesetzt (weniger als die Hälfte der normalen Sehschärfe) in 3 Fällen. In allen diesen 10 Fällen von unternormaler Sehschärfe ließ sich ein ausreichender Grund dafür nachweisen: in Fall I, III, XV, XIX, XXIV war es die betreffende Refraktionsanomalie, in Fall II, IX, XIV und XXI der neben der Ametropie bestehende Strabismus, in Fall VIII die beginnende Starbildung. Nirgends bestand der Verdacht, daß die Herabsetzung der Sehschärfe mit einer Sehnervenaffektion zusammenhing. Bei den sechs Männern, deren Sehschärfe wegen ihres psychischen Zustandes nicht zu prüfen war, ergab die langjährige Anstaltsbeobachtung, z. B. bei der Arbeit, die sie verrichteten, daß eine nennenswerte Herabsetzung der Sehschärfe wohl nicht vorliegen konnte. — Einengung des Gesichtsfeldes wurde in keinem Falle beobachtet, soweit eine derartige Untersuchung überhaupt möglich war.

Kurz erwähnt seien noch einige interessante Einzelheiten. Bei drei Männern mit Pseudoneuritis fand sich Schlängelung (Tortuositas) der Gefäße (Fall XVIII, XX, XXV) nahe der Papille, doch in keinem Falle so ausgedehnt und allgemein wie auf Figur 8 von Tafel II bei *Salzer* a. a. O. Diese Schlängelung der Gefäße dürfte als kongenitale Anomalie aufzufassen sein, die gelegentlich die Differentialdiagnose der Pseudoneuritis gegen echte Neuritis oder Stauungspapille wesentlich erschweren kann.

In Fall VII haben wir den seltenen Fall des Vorkommens von bindegewebigen Auflagerungen auf der einen Papille, die im Verein mit feiner Radiärstreifung das Bild der Pseudoneuritis hervorrufen, und von markhaltigen Nervenfasern in der Netzhaut an der anderen Papille. Dieses Zusammentreffen verschiedenartiger Anomalien der Papille bei einem sehr schwer belasteten, mit erheblichen körperlichen wie psychischen Stigmata degenerationis behafteten Individuum dürfte die Annahme stützen, daß die hier der Pseudoneuritis zugrunde liegenden Strukturen (Radiärstrahlung und bindegewebige Auflagerungen) ebenso als kongenitale Anomalien degenerativer Art anzusehen sind, wie die markhaltigen Nervenfasern in der Netzhaut.

Fall XXIV erscheint interessant dadurch, daß sich auf dem einen Auge eine büschelartig von der Papille ausstrahlende radiäre Streifung findet, die in ihrer Form an ein Bündel markhaltiger Nervenfasern der Netzhaut erinnert, mit dem Unterschied, daß letztere grellweiß und gegen das Rot des Augenhintergrundes schärfer abgesetzt sind, während das hier beschriebene Bündel rötlich gelb gefärbt ist und sich mehr allmählich in dem Rot des Fundus verliert. Es sitzt mit seiner breiten Basis dem Rande der Papille auf. Es handelt sich, wie man im aufrechten Bilde unschwer erkennt, um ein Feld, in dem die hier sonst nur andeutungweise auf der Papille vorhandene radiäre Streifung lokal stärker ausgebildet ist.

Vielleicht kann diese Beobachtung, daß die radiäre Streifung ein den bekannten Formationen markhaltiger Nervenfasern der Netzhaut so ähnliches Bild darbieten kann, die u. a. von *Nottbeck* und *Salzer* geäußerte Ansicht stützen, daß die radiäre Streifung auf und nahebei der Papille durch einen geringen Grad von Markhaltigkeit der Nervenfasern bedingt ist.

Beiläufig erwähnt seien noch die sonstigen kongenitalen Anomalien des Augenhintergrundes, die ich unter meinem Material fand. Es waren markhaltige Nervenfasern der Netzhaut in 3 Fällen (unter 290)[1]), je einmal bei einem imbezillen Epileptiker, 1 Imbezillen und 1 Katatoniker, ferner 1 Fall von Albinismus des

[1]) *Pilcz* und *Wintersteiner* fanden 4 Fälle unter 707 Geisteskranken.



Fundus mit deutlich sichtbaren Venae vorticosae bei einem Katatoniker (etwa der Figur 10 b in Haabs Atlas der Ophthalmoskopie, II. Auflage entsprechend), 1 Fall von Konus nach unten (bei einem Katatoniker), 1 Fall von Drusenbildung in der Glaslamelle der Aderhaut bei einem Alkoholiker (der Figur 66 a in Haabs Atlas entsprechend).

Selbstverständlich wurden alle von mir als Pseudoneuritis bezeichneten Fälle einer genauen Allgemeinuntersuchung auf organische Erkrankungen der nervösen Organe, die etwa zu einer echten Neuritis führen könnten, unterzogen und dabei alle in dieser Hinsicht verdächtigen Fälle, z. B. ein Kranker mit einer wohl als multiple Sklerose anzusprechenden Erkrankung, welcher ein fragliches Augenspiegelbild zeigte, ausgeschieden. Nach Abzug dieser Fälle sowie derjenigen, in denen sich eine zweifellos echte Neuritis oder Atrophie fand, von einer Pseudoneuritis von vornherein also nicht die Rede sein konnte, blieben von den 290 Fällen 284 übrig, unter denen sich die zusammengestellten 25 Fälle von Pseudoneuritis fanden.

Auf die einzelnen psychiatrischen Krankheitgruppen verteilen sich die 284 Fälle folgendermaßen:

	Gesamtzahl	Pseudoneuritisfälle
Idiotie und Imbezillität	113 [1])	18
Degeneratives Irresein	3	—
Manisch-depressives Irresein	1	1
Schizophrene Psychosen	115	4
Senile und arteriosklerotische Psychosen	10	1
Epileptisches Irresein	14	—
Alkoholische Psychosen	16	—
Progressive Paralyse	4	—
Organische Psychosen nicht paralytischen Charakters	5	—
Nicht geisteskrank (Sieche mit erheblichen angeborenen Deformitäten)	3	1
Sa.	284	25

[1]) Einige Fälle, in denen es sich um Kombination einer Psychose mit angeborenem Schwachsinn handelte, wurden letzterem zugezählt (z. B.: Schwachsinn + Epilepsie oder Katatonie).

Die 25 Fälle von Pseudoneuritis verteilen sich auf die einzelnen Krankheitgruppen derart, daß 18 auf die Gruppe der Imbezillen und Idioten, 4 auf die der Schizophrenen, je 1 auf die der Manisch-depressiven, der Arteriosklerotiker, der „Siechen" entfiel.

Welche Schlußfolgerungen dürfen nun aus diesem Ergebnis gezogen werden? Ohne weiteres fällt in die Augen das absolut und relativ sehr starke Kontingent, das die erste Gruppe, Imbezille und Idioten, zu den Pseudoneuritisfällen stellt. So ungleichmäßig unter meinen Fällen auch die einzelnen Krankheitgruppen vertreten sind — die Ursache liegt in dem Charakter der Hainaer Anstalt als Pflegeanstalt —, so ist der Abstand zwischen diesem Prozentsatz (113 : 18 = 15,9%) und z. B. dem bei der gleich großen schizophrenischen Gruppe (115 : 4 = 3,48%) doch ein zu erheblicher, als daß hier ein Zufall im Spiele sein könnte. Stellen wir der ersten Gruppe mit 113 Fällen nebst den 3 „Siechen" mit erheblichen Mißbildungen die anderen Gruppen gegenüber, so ergeben sich in obiger Statistik 168 Geisteskranke, für deren Psychosen die ätiologischen Faktoren nicht von vornherein in einer angeborenen minderwertigen Anlage zu suchen sind.

Unter diesen 168 Männern, deren geistige Störungen nicht auf eine schon bei der Geburt oder in früher Kindheit zutage tretende Entwicklungsstörung des Gehirns zurückzuführen sind, finden sich nur 6 Fälle von Pseudoneuritis! (Der einen nicht geisteskranken Krüppel betreffende Fall II meiner Kasuistik steht wegen seiner Behaftung mit starken Mißbildungen der Gruppe der Imbezillen und Idioten sehr nahe). Bei näherer Betrachtung dieser 6 Fälle ergibt sich, daß einer von diesen eine sehr schwere Entwicklungshemmung, nämlich totalen Lippen- und Gaumenspalt zeigt (Fall XII), ein anderer, Fall XV, weist schwerste erbliche Belastung auf. Es bleiben mithin von meinen 25 Pseudoneuritisfällen nur 4 übrig, bei denen angeborene Entartung sich weder in starker erblicher Belastung, noch in der geistigen Entwicklungshemmung, noch in angeborenen Mißbildungen oder Entartungsmerkmalen äußert. Von diesen vieren gehören drei zur Gruppe der Schizophrenie (Fall V, XI, XXIV), einer (Fall VIII) leidet an einer wohl durch Arteriosklerose und Alkoholismus ursächlich bedingten Psychose.

Die Frage, ob die Pseudoneuritis tatsächlich als ein Entartungs-



zeichen aufgefaßt werden darf, ist eng verknüpft mit den entwicklungsgeschichtlich-anatomischen Anschauungen über ihr Wesen.

Als erster sprach *Uhthoff* die Vermutung aus, daß die Undeutlichkeit des größeren Teils der Papillengrenze sich auch sonst mit angeborenen Anomalien der betreffenden Augen kombiniere und wohl auf eine „angeborene schlechtere Durchsichtigkeit der Nervenfaserschicht bei ihrem Eintritt ins Auge" zurückzuführen sei. An einer anderen Stelle brachte *Uhthoff* diese „schlechtere Durchsichtigkeit" wenigstens für gewisse Fälle mit einer vielleicht vorhandenen geringen Markhaltigkeit der Optikusfasern in Beziehung. Auch *Nottbeck* schließt sich für einzelne Fälle (solche mit starker radiärer Streifung der Papille und ihrer verwaschenen Grenze) dieser Deutung an; während er für die meisten Fälle die Erklärung *Lorings* (zitiert nach *Bristowe*, The ophthalm. Review p. 321, 1891) für zutreffend hält, nach welcher die Bindegewebselemente so reichlich vertreten seien, daß dadurch die Papille und ihre Nachbarschaft an Durchsichtigkeit einbüßten. *L. Pick* nimmt an, daß die Netzhautschichten, welche an der Außenseite der Sehnervenfaserausbreitung hinzukommen, das Foramen opticum unverjüngt erreichen. Hierdurch werde zunächst eine leichte Prominenz der Papille erzeugt, die axial gelegenen Optikusfasern müßten weit aufsteigen, bevor sie zur Umbeugung gelangten; so werde die Dicke der über den Rand liegenden Sehnervenfasermasse eine stärkere, und die Ränder der Papille erscheinen undeutlich. Nach dem Handbuch von *Wilbrand* und *Saenger*, „Die Neurologie des Auges" (4. Bd., II. Hälfte, S. 510, 1912) findet sich bei Pseudoneuritis „eine so reichliche kongenitale Entwicklung von Stützgewebe zwischen den Nervenfasern, daß die Papille deutlich prominiert, ein trübes und rotes Aussehen hat, ihre Grenzen verdeckt und radiär gestrichelt erscheinen". *Salzer*, der vier Formen von Pseudoneuritis unterscheidet, gibt für die Entstehung der prominierenden Form keine bestimmte Erklärung, als mögliche Ursache der „Pseudoneuritis rubra" führt er wechselnden Reichtum an Kapillaren, mehr oder weniger große Transparenz der marklosen Nervenfasern, für die hyperplastische Form wechselnde Dichtigkeit des Gliagewebes an. Zur Erklärung der radiären Streifung mit Verwaschensein der Papillengrenzen (Pseudoneuritis striata) hält er es für wahrscheinlich, daß hier ganz dünne Markscheiden um die sonst marklosen Nervenfasern der Netzhaut sich finden, wofür auch der Umstand spreche, daß die Streifung gelegentlich die Gefäße verdecke, was ich bestätigen kann (vgl. auch die Bemerkung zu Fall XXIV, der eine weitere Stütze für *Salzers* Annahme zu sein scheint).

Geklärt würden diese Fragen erst durch histologische Untersuchungen über Fälle von Pseudoneuritis werden, über die ich später hoffe berichten zu können. In der mir zugänglichen Literatur habe ich über solche Untersuchungen nichts finden können.



Soviel dürfte sicher sein, daß den verschiedenen Formen der Pseudoneuritis verschiedene anatomische Strukturen zugrunde liegen. Alles, was wir über dieselben erschließen oder als wahrscheinlich vermuten können, spricht dafür, daß diese Abweichungen von der normalen Struktur kongenitale Anomalien sind. Am meisten gilt dies von den bindegewebigen und gliösen Auflagerungen auf der Papille, auch von der radiären Streifung, wenn die Annahme richtig ist, daß sie durch eine geringe Markhaltigkeit der Optikusfasern verursacht werde. Daß die Markhaltigkeit der Sehnervenfasern in der Netzhaut überhaupt als Degenerationszeichen anzusehen sei, wird durch die interessanten Ausführungen von *M. Bernhardt* (Berl. klin. Wschr. 1907, Nr. 15) über die angeborene Disposition zur Entwicklung markhaltiger Nervenfasern in der Netzhaut und die Untersuchungen von *Salzer* über radiäre Streifung am Sehnerven als vielleicht atavistische Mißbildung — darnach kommt dieselbe beim Neger, bei gewissen Affen und anderen Tieren physiologisch, beim Europäer aber gewöhnlich nur schwach angedeutet vor — recht wahrscheinlich gemacht.

Da sich nun, wie meine Untersuchungen ergeben, diese kongenitalen Anomalien am Sehnervenkopf bei solchen G e i s t e s k r a n k e n, deren Irresein auf einer n a c h w e i s b a r e n E n t w i c k l u n g s s t ö r u n g d e s G e h i r n s beruht, und die meistens mit erheblicheren M i ß b i l d u n g e n behaftet sind, v i e r - b i s f ü n f m a l s o h ä u f i g f i n d e n wie bei anderen, an erworbener Geistesstörung leidenden Geisteskranken, so glaube ich damit einen Beweis geliefert zu haben für die schon oft als Vermutung ausgesprochene Annahme, daß die Pseudoneuritis des Sehnerven nicht etwa nur als zufälliges optisches Phänomen, sondern als eine Mißbildung, ein Degenerationszeichen aufzufassen ist, das durch seinen Sitz an der einzigen, der Inspektion direkt zugänglichen, mit dem Gehirn unmittelbar zusammenhängenden Stelle des Körpers einen besonderen Wert erhält, abgesehen von den praktisch wichtigen diagnostischen Schwierigkeiten, zu denen es führen kann und wiederholt schon geführt hat. Mit Rücksicht auf die besondere Häufigkeit dieses Degenerationszeichens bei Idioten und Imbezillen dürfte sich allgemein bei Fällen von Pseudoneuritis des Sehnerven außer der Beachtung sonstiger Stigmata degenerationis eine psychiatrische Untersuchung sehr empfehlen.



Literatur.

1. *Arnfeld*, Neuritis hypermetropum. Diss. Breslau 1895.
2. *Bernhardt*, Berl. klin. Wschr. 1907, Nr. 15.
3. *Haab*, Atlas und Grundriß der Ophthalmoskopie usw. 3. Aufl. 1900.
4. *Nottbeck*, Ein Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Pseudoneuritis optica. Graefes Arch. Bd. 44.
5. *Pick*, *L.*, Pseudoneuritis optica, Ödem der Papilla N. optici — Neuritis optica. Ztschr. f. Augenheilk. 1904.
6. *Pilcz* und *Wintersteiner*, Über Ergebnisse von Augenspiegeluntersuchungen an Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen Anomalien. Ztschr. f. Augenheilk. XII, 1904, H. 3.
7. *Salzer*, Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen aus der Papilla nervi optici. München, bei J. F. Lehmann, 1911.
8. Derselbe, Über Pseudoneuritis und andere differentialdiagnostisch wichtige kongenitale Anomalien des Sehnervenkopfes. Münch. med. Wschr. 1911, Nr. 51.
9. *Schmidt-Rimpler*, Augenheilkunde und Ophthalmoskopie. VII. Aufl. 1901.
10. *Uhthoff*, Über ophthalmoskopische Untersuchungen bei Geisteskranken. Bericht der XV. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft Heidelberg. 1883.
11. *Wilbrand* und *Saenger*, Die Neurologie des Auges. Bd. 4, 2. Hälfte, 1912.
12. *Wintersteiner*, Die Erkrankungen des Augenhintergrundes bei Psychosen Ztschr. f. Augenheilk. Bd. 23, H. 1.



Über Störungen der musikalischen Reproduktion bei der Schizophrenie.

Von

André Repond, Zürich, Burghölzli.

Man hat schon oft die Bemerkung gemacht, daß die Geisteskranken, die noch musizieren können, allerlei Störungen in ihrem Spiel aufweisen [1]). Es war aber nicht untersucht worden, ob diese Störungen regelmäßig vorkommen, oder ob sie zufällige Erscheinungen sind, dann, ob sie irgendwelche spezifischen Züge tragen, und ob sie bei den verschiedenen Geisteskrankheiten verschieden sind. Wir haben nun versucht, diese Fragen zu lösen besonders für die Dementia praecox, und wir haben uns als Aufgabe gestellt, zu eruieren: ob die mehr oder minder spezifischen Störungen dieser Krankheit in den affektiven, intellektuellen und psychomotorischen Gebieten sich in irgendeiner charakteristischen Weise in der Musik kundgeben. Differentialdiagnostisch haben wir auch ein paar Fälle von Dementia epileptica und manisch-depressivem Irresein untersucht.

Ohne auf die Theorien der Musik einzugehen, haben wir uns begnügt, die groben und auffälligen Störungen nachzuweisen, die die Kranken zeigen, wenn sie irgendein Musikinstrument spielen, oder

---

[1]) *Kraepelin*, Psychiatrie, 9. Aufl., 1. Bd.: „Auch die musikalischen Leistungen der Kranken pflegen den Untergang des künstlerischen Feingefühls in den bald ausdrucklosen, bald willkürlich verzerrten Darbietungen deutlich zu zeigen. Nach Ablauf der stürmischeren Krankheitserscheinungen ist es vielfach möglich, die Kranken zu einfachen Leistungen wieder zu erziehen, die sie dann ohne Umsicht und Selbständigkeit, auch öfters mit allerlei Schrullen, aber doch mit maschinenartiger Regelmäßigkeit zu erledigen pflegen. Einzelne Kranke arbeiten, ohne Ermüdungszeichen oder Überdruß zu zeigen, so lange fort, bis man ihnen Einhalt gebietet."



wenn sie singen. Experimentell haben wir hie und da versucht, die Patienten in einen affektiven Zustand zu bringen, um zu sehen, ob ihre gemütliche Reaktion sich auch in der Musik konstatieren ließ.

Wir haben die Untersuchungen auf die einfachste Weise vorgenommen, nämlich, wir haben die Versuchspersonen vor uns spielen lassen, zuerst auswendig und dann vom Blatt irgendein einfaches Musikstück, das natürlich ihrer technischen Fertigkeit entsprechend gewählt war. Wir baten sie auch immer, uns ein Stück vorzuspielen, das sie vor ihrem Anstaltaufenthalt gelernt hatten. Die meisten unserer Versuchspersonen spielten Klavier, andere aber sangen, spielten Geige, einige Zither, Hand- und Mundharmonika. Wir haben diese letzteren Fälle in unserer Arbeit nicht angeführt, weil die Technik dieser Instrumente eine sehr primitive ist, und hauptsächlich, weil die Patienten ein ganz geringes Repertoire von Stücken hatten, aus dem sich zu wenig Schlüsse ziehen ließen.

Wir verhehlen uns nicht, daß unsere Beobachtungen ziemlich unvollkommen sind, und daß unser Material durchaus nicht genügt, um überall definitive Schlüsse zu erlauben. Daher haben wir uns damit begnügt, auf die Übereinstimmung zwischen den Störungen der Musikreproduktion und denjenigen der andern psychischen Gebiete hinzuweisen.

1. S. O., 27 J. — Erste Krankheitzeichen vor 11 Jahren: Pat. konnte nicht mehr rechnen, machte Schulden, zeigte eine sehr wechselnde Stimmung, machte Faxen, lachte sinnlos, äußerte hypochondrische Klagen. War dreimal in verschiedenen Privatkliniken, die Wahnideen nahmen aber beständig zu, er hatte auch einige Akoasmen. In der Anstalt verhält er sich ruhig, hält an seinen Wahnideen fest, klagt viel über hypochondrische Beschwerden, ist fast vollständig gleichgültig für seine Zukunft, zeigt keinerlei Interesse für irgendwelche Arbeit, bringt seine Wahnideen mit einer ziemlich indifferenten Stimme vor. — Er entschließt sich mit einem sichtlich großen Mißtrauen, vor mir zu spielen und zu singen: er fühle sich zu schwach, es sei ihm gar nicht ums Musizieren. Pat. hat eine gute mittlere Bildung genossen, war auch in einer Handelsschule. Er hat nur einige Klavierstunden gehabt, dagegen Sangstunden, und hat auch viel Gelegenheit gehabt, zu singen, hat eine hübsche und ziemlich gut geschulte Tenorstimme. Er singt technisch ganz korrekt, aber manieriert, übertreibt die Affekte, die vorgeschrieben sind, zeigt kein wirkliches Gefühl. Mit derselben Stimmung und steifen Ausdrucklosigkeit singt er alle möglichen Melodien: ein patriotisches Lied, einen Choral, eine Romanze.

2. G. L., 36 J. — Beginn der Krankheit 1897. Pat. klagt, daß sie



nicht mehr studieren könne, sie wird verschlossen, deprimiert. Macht mehrere Kuren in verschiedenen Sanatorien. Allmählich äußert sie Skrupel, depressive Wahnideen, will nicht mehr essen. In der Anstalt war sie manchmal sehr aufgeregt, aggressiv, hörte viele Stimmen, schmierte, verweigerte die Nahrung. Jetzt ist sie vollständig autistisch, meistens mutazistisch, kümmert sich um gar nichts, bleibt den ganzen Tag in ihrem Zimmer sitzen, ohne sich zu beschäftigen. Die Pat. war sehr gebildet und belesen und soll früher eine vortreffliche Klavierspielerin gewesen sein. Nach dem Beginn der Krankheit spielte sie immer weniger, jetzt äußerst selten. — Sie sitzt in starrer Haltung vor dem Klavier, versucht zu spielen, was man ihr vorlegt. Sie kann aber niemals mehr als zwei bis drei Takte spielen; sie bleibt dann an irgendeiner Note oder einem Akkord hängen, den sie anfängt zu wiederholen, zuerst leise und in dem vorgeschriebenen Tempo, aber allmählich schneller und stärker. Nach wenigen Augenblicken schlägt sie mit einer solchen Kraft auf das Klavier los, daß man sie mit Gewalt von dem gefährdeten Instrument entfernen muß. Wenn man ihr keine Musik vorlegt, sagt sie zuerst, sie wolle dieses oder jenes Stück spielen. Sie kommt aber niemals über den ersten Akkord oder die erste Note hinaus, dann bleibt sie an derselben kleben, bis man sie vom Klavier entfernt.

3. K. A., 38 J. — Beginn der Krankheit vor 6 Jahren mit Reizbarkeit, Verfolgungsideen. Man glaubte zuerst an eine Hysterie, behandelte sie in verschiedenen Sanatorien. In der Anstalt war sie reizbar, belästigte die andern Patienten mit blödem Geschwätz, dissimulierte ihre Wahnideen vor den Ärzten nach Möglichkeit. Pat. ist sehr erotisch; sie verlangt oft die Entlassung, kümmert sich sonst gar nicht um ihre Familie. Ihre Affektivität ist ziemlich steif. Sie hat eine gute, mittlere, bürgerliche Bildung genossen. Während der Experimente konnte sie sich immer gut zusammennehmen, spielte die vornehme Dame, strengte sich an, gut zu spielen. Sie hat eine ganz gute Technik, macht sehr wenig Fehler. Dennoch spielt sie ganz steif, gefühllos, als ob sie eine mechanische Arbeit verrichtete. Dagegen bemerkt man bei ihr eine gewisse Manieriertheit, sie übertreibt die Nüancen, spielt affektiert. Obschon sie, wie gesagt, sich anzustrengen versucht, kann sie ihre Aufmerksamkeit nicht lange anspannen, hört manchmal mitten in einem Stück auf, um etwas zu erzählen. Sie beachtet kaum das Tempo; wenn sie gereizt ist, spielt sie ein Adagio in einem schneidigen Marschtempo. — Wenn Pat. aufgeregt ist, ist ihr Spiel ganz gebrochen, unzusammenhängend. Sie spielt das erste Thema eines Stückes, hört auf, um ein anderes anzufangen. Wenn sie auswendig spielt, überspringt sie oft mehrere wichtige Takte und geht ruhig weiter oder kommt von einem Thema plötzlich ohne Unterbrechung in ein anderes. Manchmal bleibt sie einige Sekunden an derselben Note oder demselben Akkord kleben, die sie mehrmals sehr schnell wiederholt, dann spielt sie ohne Fehler weiter. Sie erzählt während der Experimente vornehmlich



über sexuelle Dinge, wird erotisch, spielt dann alles in einem schnelleren Tempo.

4. B. de R., 43 J. — Beginn der Krankheit vor 10 Jahren mit Menschenscheu, Gesichts-, Gehörs-, Körperhalluzinationen. Dann große Aufregung, Negativismus, Nahrungsverweigerung. Pat. ist seit längerer Zeit vollständig verworren, murmelt beständig unverständliche Worte vor sich hin, klagt oft über Kopfschmerzen. Sie zeigt Perioden großer Aufregung abwechselnd mit andern relativer Ruhe; in jenen redet sie viel, aber immer sehr leise, zerreißt ihre Kleider, beschmutzt sich gelegentlich, verweigert die Nahrung. In diesen sitzt oder liegt sie den ganzen Tag, ohne sich zu bewegen. Außer einigen Zornausbrüchen keine Affektäußerungen; kümmert sich nicht im geringsten um die Umgebung. Der Gesichtsausdruck ist immer steif und unbeweglich. Die Pat. soll sehr gebildet und eine vortreffliche Klavierspielerin gewesen sein. Wir haben die Pat. während der ruhigen und der aufgeregten Perioden spielen lassen: sie hat immer sehr bereitwillig gespielt, ohne nach dem Zweck der Untersuchungen zu fragen. — Sie spielt immer sehr trocken, vollständig gefühllos, mit ausgesprochener Gleichgültigkeit, zeigt nie das geringste Interesse für die Stücke, spielt aber alles, was man ihr vorlegt. Sie verwechselt sehr oft die Oktaven, wie es scheint, manchmal absichtlich: sie spielt z. B. oft eine oder zwei Oktaven höher, als es vorgeschrieben ist. Ist sie am Ende einer Seite angekommen, so denkt sie gar nicht daran, zu wenden, sondern fängt die Seite von neuem an, zwei- oder dreimal; schließlich hört sie spontan auf. Während der Aufregungsperioden will sie oft zuerst nicht spielen, was man ihr vorlegt, sondern fängt an, mit großer Kraft einige Akkorde zu schlagen (immer dieselben), dann folgen sehr schnell einige Tonleitern, die sie immer kräftiger und schneller spielt. Plötzlich, ohne sich zu unterbrechen, fängt sie das Stück an. Währenddessen zeigt sie eine sehr lebhafte Mimik; sie runzelt die Stirn, macht Grimassen mit dem Munde, stampft mit den Füßen (Pat. macht sonst keine Grimassen). Ihre Art zu spielen, wenn sie ruhiger ist, zeigt damit einen merkwürdigen Kontrast. Sie spielt dann langsam, mühsam, ausdruck- und kraftlos; in der Erregung schnell, stark, energisch, aber mit derselben Affektlosigkeit und Steifheit. Sie zeigt noch andere Eigentümlichkeiten: sie hält oft plötzlich an, um fünf- bis sechsmal denselben Takt zu wiederholen, oder am Ende eines Stückes spielt sie eine halbe Minute lang denselben Schlußakkord. Manchmal spielt sie das Stück in einer ganz andern Tonart, als es geschrieben ist: gibt es z. B. 3 Kreuze an der Armatur, so spielt sie das ganze Stück, als ob es 5 Kreuze gäbe. Sie macht das konsequent, ohne aber das Stück in die neue Tonart zu transponieren, so daß eine scheußliche Kakophonie entsteht. Manchmal fängt sie an, während des Spieles sehr schnell und unverständlich zu sprechen, bricht dann plötzlich mit dem Spielen und mit dem Sprechen ab, schlägt mit großer Kraft die ersten besten Akkorde, um dann das Stück von neuem anzufangen. Das Spielen



macht sie oft gesprächig; während sie vorher mutazistisch dasaß, fängt sie nachher an, allerlei von ihren Jugenderlebnissen zu erzählen. Wenn in einem Stück Melodie und Begleitung von derselben Hand gespielt werden müssen, so ist sie nicht imstande, die eine von der andern zu unterscheiden, hebt Noten, die zur Begleitung gehören, besonders hervor, so daß die Melodie vollständig entstellt wird.

5. L. P., Lehrer, 47 J. — Pat. war immer ein sonderbarer, verschlossener Mensch. Vor dem Ausbruch der Krankheit beschäftigte er sich viel mit Naturheilkunde. Vor 2 Jahren wurde er plötzlich aufgeregt, lief herum, um seine Nachbarn zu seiner Weltanschauung zu überreden, äußerte Wahnideen, hatte Gehörshalluzinationen. In einem ersten Anstaltaufenthalt besserte er sich rasch, mußte aber bald nach seiner Entlassung wieder interniert werden. Er zeigte dann sehr ausgeprägte katatonische Symptome, lag regunglos im Bett, reagierte auf keinen Reiz, zeigte auch Befehlsautomatie und Katalepsie. Der Zustand besserte sich allmählich. Jetzt ist er ganz ruhig, arbeitet auf dem Felde, ist stark autistisch, gleichgültig, freundlich. Er hat sich ein sehr kompliziertes Wahnsystem gebaut, das er sehr gern, aber mit der größten Indifferenz gegenüber dem Inhalt erzählt; er reagiert affektiv nur auf gewisse Verfolgungsideen. Der Pat. ist etwas belesen, hat eine gute, mittlere Bildung (Lehrerschule). Er spielt Klavier mit Fleiß und mit großem Ernst, wie ein fleißiger Schüler. Er verfügt nur über eine sehr unvollkommene Technik, spielt alle Stücke hart, trocken, gleichmäßig, ohne ihren verschiedenen Charakter zu beachten. Dabei ist in seinem Spiel keine Spur von musikalischem Gefühl zu finden, er spielt alles mit derselben Kraft, mit derselben Geschwindigkeit, ohne die Nüancen zu markieren oder sich dem Sinne der verschiedenen Stücke anzupassen. Wenn man ihm während des Spieles Reizworte zuruft, gibt er sofort Antwort, wenn es sich um indifferente Worte handelt; berührt man aber seine Komplexe, so hört er oft auf, um die Antwort zu geben, oder macht einen Fehler, spielt einen Augenblick langsamer. Hie und da atmet er ganz unregelmäßig, laut.

6. D. R., Lehrer, 51 J. — Vor 7 Jahren kam Pat. spontan in die Anstalt, um sich zu beruhigen, nachdem er sich seit Jahren an keiner Stelle hatte halten können, fing aber gleich zu querulieren an, so daß er bald entlassen wurde. Einige Monate nachher wurde er wieder hierher gebracht, weil er sich draußen als unbrauchbar erwies. Er fing wieder an zu querulieren, hetzte die andern Pat. auf, stiftete Komplotte, schimpfte. Man mußte ihn in einem Saal, wo sich nur unzugängliche Patienten befanden, im Bett halten. Er beruhigte sich allmählich, verweigerte aber immer die Arbeit, zeigte eine große Selbstüberschätzung. Nach einiger Zeit entlassen, kam er vor kurzem wieder, äußerlich geordnet, ohne Einsicht, voll Ansprüche. Nur mit Mühe entschloß er sich, zu spielen, er fürchtete, man wolle damit beweisen, daß er verrückt sei. Pat. ist belesen, spricht mehrere Sprachen, hat eine gute, mittlere Bildung (Lehrerseminar).



Sein Spiel auf dem Klavier ist ganz merkwürdig gebrochen, unzusammenhängend; er betont unregelmäßig die einzelnen Noten, hebt mit besonderer Kraft bald einen Akkord, bald eine Note hervor, die nicht zur Melodie gehören. In gewissen Stücken wiederholt er gewisse Noten oder Akkorde, die ihm besonders wichtig erscheinen, immer zweimal. In seiner Sprache beobachtet man dieselbe Eigentümlichkeit, er wiederholt auch zweimal die Worte, denen er ein großes Gewicht geben will. Er spielt alle Stücke mit derselben monotonen Kraft und demselben Rhythmus: „er sei gewohnt, alles in einem schneidigen Marschtempo zu spielen". Dabei zeigt er nicht das geringste Gefühl, beachtet die Nüancen gar nicht. Dennoch ist er ziemlich stolz auf seine Leistungen, er stellt sich etwas theatralisch vor das Klavier, läßt mit Gefallen merken, daß er hie und da imstande sei, eine Begleitung für eine Melodie selbst zu erfinden.

7. T. J., 37 J. — Beginn der Krankheit vor 12 Jahren nach einem Streit mit Kameraden wegen eines Mädchens. Er zeigte dann eine anhaltende Reizbarkeit, hatte plötzliche Zornausbrüche. Er machte dennoch seinen Militärdienst, wurde aber wegen sexueller Geschichten entlassen. Nachher trieb er sich planlos im Lande herum, war sehr menschenscheu. In der Anstalt zeigt er zahlreiche Stereotypien, einen ausgesprochenen Autismus, eine vollständige Gleichgültigkeit, hatte Gehörs- und Körperhalluzinationen, arbeitete gar nicht. Es gelang ihm zweimal, aus der Anstalt zu entweichen; er lief dann zwei Tage planlos gerade vor sich hin und wurde ganz erschöpft aufgefunden. Der Pat. ist wenig gebildet, war jedoch in einem Gymnasium. — Pat. spielt Klavier; seit 8 Jahren hatte er nicht mehr gespielt. Nach den Angaben seiner Angehörigen war er vor dem Ausbruch der Krankheit für die Musik sehr begabt, spielte besonders schwierige Stücke von klassischen Meistern. Jetzt kann er noch eine ganze Menge von Musikstücken auswendig spielen: hauptsächlich aber Walzer und Märsche. Beim Spielen akzentuiert er stark den Rhythmus, spielt immer in zu raschem Tempo. Er kümmert sich aber dabei nicht im geringsten um die Fehler, die er macht, es scheint, daß der Rhythmus ihn mit sich reißt. Er zeigt dabei nicht die kleinste Spur von Ausdruck und Gefühl, schlägt hart auf die Tasten, behält immer dieselbe gezwungene steife Haltung, beachtet die vorgeschriebenen Nüancen gar nicht. Wenn er vom Blatte spielt, scheint er die ihm unbekannte, aber sehr einfache Melodie nicht zu verstehen: wenn Melodie und ein Teil der Begleitung sich auf demselben Notensystem befinden, kann er sie nicht voneinander unterscheiden, hebt bald eine Note der Melodie, bald eine Note der Begleitung besonders hervor, so daß das Stück bis zur Unkenntlichkeit entstellt wird. Ref. spielt ihm die ersten Takte eines Stückes absichtlich falsch vor: wenn Pat. dann das Stück spielt, so wiederholt er genau denselben Fehler, so oft er den Passus spielt. Am andern Tage spielt er ihn wieder richtig.

8. D. M., 38 J. — Schon in ihrer Jugend eigentümlich verschlossen. Beginn der Krankheit 1908, als sie eine angebliche Untreue ihres Mannes



entdeckte: sie rief ihm mit lauter Stimme Beschimpfungen auf die Straße. Wurde interniert und machte zuerst einen manischen, dann einen depressiven Zustand durch, zeitweise war sie auch ganz verwirrt. Anfangs dieses Jahres wurde sie im Anschluß an eine schwere Pleuritis und verschiedene Sorgen wieder deprimiert, machte sich dann Selbstvorwürfe, äußerte Selbstmordgedanken. Der Zustand verschlimmerte sich plötzlich, sie wurde aufgeregt, wollte sich zum Fenster hinausstürzen, kratzte sich. In der Anstalt war sie deprimiert, steif, mutazistisch. Hatte Perioden ziemlich heftiger motorischer Aufregung und andere, wo sie sich vollständig negativistisch verhielt, die Nahrungsaufnahme verweigerte, Stuhl und Urin zurückhielt. Ziemlich viel Gehörshalluzinationen. Jetzt hat sich Pat. gebessert, die katatonischen Symptome sind verschwunden, sie ist jedoch sehr autistisch, hat mit der Umgebung keinen Rapport. Sie geht etwas spazieren, beschäftigt sich hie und da mit einer Handarbeit. Vor einigen Tagen zum erstenmal den Wunsch ausgedrückt, zu spielen. Sie sitzt vor dem Klavier in ziemlich steifer Haltung, spielt mit einer großen Gleichgültigkeit, wirft die Hände nachlässig auf die Tasten. Kann niemals ein ganzes Stück spielen, sondern nur einen Teil, fängt nicht am Anfang, sondern an einer beliebigen Stelle an, spielt einige Takte oder einige Sätze, hält dann mitten in einem Takt inne, um anderswo anzufangen. Spielt alle Stücke in der gleichen Stimmung: langsam, schleppend; beachtet gar nicht den verschiedenen Charakter der Stücke. Das Tempo bleibt immer dasselbe, ob es sich um einen Walzer oder einen Marsch handle. Die Melodie wird gefühllos, indifferent vorgetragen; hie und da hebt sie unwichtige Verzierungsnoten hervor. Wenn sie Fehler macht, korrigiert sie nicht, wenn eine technische Schwierigkeit vorkommt, überspringt sie sie einfach und spielt weiter. Manchmal spielt sie ganz korrekt eine schwierige Stelle, um gleich nachher bei einer leichteren zu versagen. Allmählich hat sich der Zustand der Pat. geändert, sie wird leicht manisch verstimmt, sitzt viele Stunden täglich vor dem Klavier. Ihr Spiel hat sich auch ganz merkwürdig geändert. Der Anschlag ist nicht mehr weich, zögernd, wie die ersten Tage, sondern energisch, kraftvoll, aber ebenso monoton und wenig nüanciert. Wiederholt unzählige Male dieselben Stücke, ohne aber nennenswerte Fortschritte in ihrer Reproduktion zu machen: sie macht immer noch ganz grobe Fehler an einer leichten Stelle und spielt tadellos eine schwierige. Sie spielt vollständig gefühllos, man hat den Eindruck, daß sie eine Art mechanische Arbeit verrichtet, ohne daran zu denken. Mitten in diesem Geklimper ist man hie und da ganz erstaunt, zu hören, daß Pat. plötzlich ein kleines Stück mit einem gewissen Gefühl, wenn auch etwas übertrieben und affektiert, vorträgt. Es handelt sich dann meistens um einen sehnsüchtigen erotischen Walzer. Es dauert aber niemals lange, so fährt sie wieder in ihrer gefühl- und ausdrucklosen Weise fort. Seit einiger Zeit sitzt sie fast den ganzen Tag vor dem Klavier, spielt beständig dasselbe Musikstück: eine banale Tirolienne und singt dabei mit möglichst monotoner und gefühlloser Stimme.



9. Sch. S., 27 J. — Pat. erkrankte vor 5 Jahren nach Absolvierung eines Examens, war zuerst in einer stark depressiven Stimmung, hatte viele Akoasmen, äußerte Versündigungsideen. Allmählich regte sie sich auf, wurde widerspenstig, hie und da gewalttätig. In der Anstalt ist sie vollständig unzugänglich, spricht prinzipiell nur russisch, wenn man sie deutsch anspricht, und deutsch, wenn zufälligerweise sie jemand russisch anspricht. Sexuell ist sie beständig sehr aufgeregt. Versucht hie und da ihre medizinischen Bücher zu lesen, kann sich aber nicht konzentrieren. Die Verblödung nimmt rasch zu. Affektiv ist sie vollständig gleichgültig. Sie ist akademisch vorgebildet. Pat. ist ausgesprochen negativistisch: wollte niemals spielen, wenn man sie darum bat; man mußte sich im Nebenzimmer verstecken, um sie zu hören. Sie spielt Klavier; ihre technische Fertigkeit soll ganz gut gewesen sein. Jetzt spielt sie niemals ein ganzes Stück, sondern immer nur Bruchstücke, auch vom Blatte. Spielt sie auswendig, so fängt sie an irgendeiner beliebigen Stelle an, fast niemals aber im richtigen Tempo: die ersten Takte sind meist zu langsam, dann spielt sie immer schneller, bis sie eine schwierige Stelle in dieser Geschwindigkeit nicht mehr spielen kann. Dann hört sie plötzlich auf, um ganz unerwartet ein ganz anderes Stück, dessen Tonart und Tempo grell mit dem ersten kontrastiert, anzufangen. Häufig bleibt sie, wenn sie nicht weiterspielen kann, auf der letzten Note oder dem letzten Akkord stehen, die sie nun kurze Zeit immer schneller und lauter wiederholt. Auch vom Blatte spielt sie selten den Anfang des Stückes, fast immer beginnt sie an einer zufälligen Stelle mitten in einem Satz. An schwierigen Stellen hört sie oft auf, nachdem sie einige Fehler gemacht hat; manchmal aber spielt sie sie ohne den geringsten technischen Fehler, um an einem leichteren Satze nachher zu versagen. Sie kümmert sich sehr oft gar nicht um die Begleitung: die Tonart der Melodie kann wechseln, ohne daß sie die Begleitung ändert. Ja, sie bricht sogar plötzlich mit einem Stück ab, um ein anderes anzufangen, spielt aber für die zweite Melodie die Begleitung der ersten, die grundverschieden ist. Sie spielt mit der größten Gleichgültigkeit, ohne eine Spur von Gefühl; beachtet weder Tonart noch Rhythmus, so daß die Musik oft bis zur Unkenntlichkeit entstellt wird. Einen Augenblick später allerdings kann sie einige schwierige Sätze ohne den kleinsten technischen Fehler spielen. Was aber besonders auffällt, das ist die jähe Art, die Stücke zu unterbrechen, um gleich ein anderes, das keinerlei Ähnlichkeit mit dem ersten aufweist, anzufangen.

10. M. E., 39 J. — Beginn der Krankheit vor 7 Jahren mit übertriebener Religiosität, Vorwürfen gegen den Mann, daß er nicht religiös genug sei, Wahnideen, Angstanfällen, Aufregung. In der Anstalt hatte sie zuerst viele Akoasmen, dann eine heftige motorische Aufregung, die sich bis zur Gewalttätigkeit steigerte, dann Negativismus. Der Zustand wurde immer schlimmer: jetzt hat sie massenhafte, abgerissene Wahnideen, zeigt eine schwer konfuse Sprache mit vielen erfundenen Komplexwörtern.



Pat. ist stark autistisch, zeigt eine durchaus steife Affektivität. Unter dem Einfluß der Halluzinationen ist sie sehr oft gewalttätig und muß daher oft isoliert werden. Sie hat immer sehr bereitwillig gespielt. Pat. hat eine gute mittlere Bildung genossen; sie ist sehr belesen. Während sie vor dem Klavier sitzt, zittert sie beständig stark mit den Beinen, murmelt unverständliche Worte vor sich hin. Nachträglich hat sie erzählt, daß sie sich während des Spiels mit Forel unterhalten müsse, der im Klavier eingeschlossen sei. Obschon sie seit vielen Jahren nicht gespielt hat, hat die Technik sehr wenig eingebüßt, die Noten werden immer richtig getroffen. Sie spielt aber mit einer großen Indifferenz und ohne eine Spur von Gefühl, beachtet weder Melodie noch Rhythmus. Aufgefordert, etwas auswendig zu spielen, schlägt sie die ersten Takte irgendeines Stückes an, kommt aber nicht weiter, „sie könne sich nicht so anstrengen". Wenn sie vom Blatte spielt, ist ihre Leistung sehr unregelmäßig: bald spielt sie ganz richtig, fast ohne Fehler, ziemlich schwierige Stellen, bald vergißt sie mehrere Takte oder sogar ganze Zeilen. Manchmal wiederholt sie mehrmals denselben Akkord oder denselben Takt, um dann ruhig weiterzugehen. Bei Musikstücken, wo mehrere Teile mit verschiedenen Tonarten vorkommen, perseveriert sie das ganze Stück hindurch mit der gleichen Tonart: sie bemerkt dabei ganz gut, daß es falsch ist, sagt: „Merkwürdig, es klingt gar nicht harmonisch", sie fragt sich aber nicht, woher der Fehler kommt, versucht auch nicht, ihn zu korrigieren. Am Ende eines Teiles spielt sie immer das zweite „Finale" gleich nach dem ersten, ohne zu bemerken, daß das Thema dabei abgebrochen ist, und daß es keinen Sinn hat. Wenn die Melodie und ein Teil der Begleitung sich auf demselben Notensystem befinden, ist sie nicht imstande, zu unterscheiden, welche Noten besonders hervorgehoben werden müssen: bald betont sie die Begleitung, bald einen Teil der Melodie stärker, so daß diese letztere vollständig entstellt wird. Wenn man ihr, während sie spielt, Reizworte zuruft, auf die sie antworten soll, reagiert sie ganz prompt und ohne Fehler im Spiel, so lange es sich um indifferente Worte handelt. Gehören aber diese Worte zu ihren Komplexwörtern, so macht sie plötzlich einen Fehler, findet die Tasten nicht. Einmal hörte sie nach mehreren Fehlern ganz auf, „es sei ihr umnöglich, zu spielen, wenn sie an solche unangenehme Sachen denken müsse".

11. B. E., 46 J. — In seiner Jugend trank Pat. ziemlich viel. Vor 14 Jahren hatte er einen manischen Anfall: seitdem war er reizbar, eifersüchtig auf seine Frau, drohte sie zu töten. Allmählich fing er an zu klagen über Stimmen, lief einmal fort, wurde gewalttätig. In der Anstalt wechselte er die Stimmung oft: bald freundlich, bald finster, drohend, autistisch. Die Halluzinationen haben etwas nachgelassen, er ist viel ruhiger. Hat dennoch fast keinen Rapport mit der Umgebung, zeigt eine ziemlich steife Affektivität. Nur wenn er von seiner Frau spricht, zeigt er noch deutliche, ziemlich freie Affektäußerungen. Der Pat. war



in der Primar- und in der Sekundarschule, ist ungebildet, hat nur einige Klavierstunden gehabt und allein gelernt. Pat. spielt sehr bereitwillig. Er kann eine ganze Menge von Liedern auswendig, die er ziemlich geschickt auf dem Klavier begleiten kann. Sein Anschlag ist hart, trocken, vollständig ausdrucklos. Die Romanzen, die er singt, werden sehr affektiert und manieriert vorgetragen: er zeigt eine falsche und blöde Sentimentalität, betont Worte ohne Bedeutung, läßt seine Stimme vibrieren, macht übertriebene Portamentos. Dagegen singt er ganz richtig fast ohne Affektiertheit einige Spottlieder, besonders ein Spottlied über die Ärzte wird mit ganz gutem Gefühl des Komischen vorgetragen. Einmal in einem Liede befindet sich das Wort „Heimatland", er kann das Wort zuerst nicht finden, brummt einige Sekunden vor sich hin, macht mehrere Fehler in der Begleitung und setzt sie aus. Nach einem Augenblick findet er endlich das Wort, spielt und singt weiter, ohne andere Fehler mehr zu machen. Pat. weiß zurzeit nicht, ob er nach Hause gehen kann.

12. Sch., J., Lehrer, 42 J. — Beginn der Krankheit vor 5 Jahren mit Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Schwindelanfällen. Plötzlich äußerte er Wahnideen, wurde aufgeregt, beruhigte sich aber ziemlich schnell und arbeitete weiter. Zwei Jahre später neuer Anfall mit denselben Symptomen und demselben Ausgang. Ein Jahr später äußert er allmählich Verfolgungsideen, hat ausgesprochene Angstgefühle, Gehörstäuschungen, verweigert die Nahrung. In der Anstalt hatte er zuerst Gesichts-, Gehörs-, Körperhalluzinationen; jetzt ist er ruhig, zeigt eine deprimierte, aber steife Stimmung, ist etwas gehemmt, hat häufige Sperrungen. Pat. hat eine gute, mittlere Bildung (Lehrerseminar). Er spielt etwas Klavier, kaum genug, um sich selber begleiten zu können, wenn er singt. Er schlägt mit großer Kraft auf das Klavier, immer fortissimo, macht nicht die geringste Nüance, ohne eine Spur von Gefühl und Ausdruck. Während er spielt und singt, hat sein Gesicht immer denselben steifen, traurigen Ausdruck, der oft gar nicht zu dem feurigen patriotischen Liede paßt, das er vorbringt. Er singt niemals die Melodie, sondern die Terze, die Quarte oder die Quinte zu derselben: er läßt also die Modulationen der Melodie vollständig beiseite, ohne sich indes konsequent zu bleiben, er singt z. B. nicht immer die Terze zu der Melodie, sondern dieselbe Note, so lange kein Mißklang entsteht. Auf diese Weise wird der Gesang natürlich eigentümlich monoton, gefühl- und ausdrucklos: das ist ihm aber gleich, er kann stundenlang so singen. „Er habe sich mit seinen Schülern so gewöhnt zu singen." Auf einmal bin ich ganz erstaunt, zu hören, daß er eine Melodie mit echtem Gefühl singt: dieses Lied heißt: „Heimweh". Darüber gefragt, erzählt Pat. mit einem ganz richtigen Affekt, daß er sich so sehr nach seiner Familie sehne.

13. G. J., 35 J. — War immer ein haltloser Mensch, wechselte seine Beschäftigungen, studierte eine gewisse Zeit in Konservatorien, um Sänger zu werden. Beginn der Krankheit vor 10 Jahren mit Verfolgungs- und Größenideen: blieb z. B. Tag und Nacht bewaffnet vor seiner Tür stehen,



weil er Angst hatte, daß man ihm seine Militäreffekten zurücknehme. In der Anstalt zeigte er eine steife, euphorische Wurstigkeit, viele Größenideen, hie und da motorische Aufregung, einige Gehörshalluzinationen. Pat. hält sich für einen großen Künstler und Komponisten. Er hat eine ziemlich gute theoretisch-musikalische Bildung, spielt Klavier, Geige, singt. Er besitzt eine kräftige und ziemlich gebildete Baßstimme; singt nur streng klassische Sachen, aber sehr manieriert: er läßt immer seine Stimme eigentümlich vibrieren, er hebt unwichtige Stellen hervor; soll eine Note etwas lang ausgehalten werden, so brüllt er sie. Außerdem hat er eine Vorliebe für Verzierungsnoten, macht hie und da Triller, beachtet den Takt nicht, wenn er nur Gelegenheit hat, eine schöne Note auszuhalten. Wenn er falsch singt, so tröstet er sich leicht, indem er sagt, es sei immer ein gutes Zeichen, wenn man zu hoch singe. Er begleitet sich selber auf dem Klavier, drückt während des ganzen Stückes auf dem starken Pedale, unbekümmert um die daraus entstehende Kakophonie. Dabei kann er ganz scharf und richtig Künstler kritisieren, die dieselben Fehler machen. Seine ganze theatralische, aber gefühllose Art zu spielen gibt sich noch mehr kund, wenn er Geige spielt: er nimmt dann affektierte Stellungen ein, die er wohl an berühmten Künstlern gesehen hat, macht mit dem rechten Arm emphatische, weit ausholende Bewegungen, beugt den Kopf nach der Seite, bewegt den ganzen Körper rhythmisch. Mit allen diesen Manieren begleitet er ganz armselige Kinderstücke, die jeden Wertes bar sind. Seine Technik auf der Geige ist zu schlecht, um ein Urteil zu erlauben. Dennoch hat das Spiel außer dieser Manieriertheit etwas Steifes und Gezwungenes, das auffällt. Er behauptet, viel komponiert zu haben, entschließt sich nur mit großer Mühe, seine Werke vorzuspielen, „sie seien noch unvollständig, er müsse sie nur durcharbeiten". Es ist aber keine Bescheidenheit, sondern Angst, daß man sie nachahme; man muß ihm von allen großen Künstlern sprechen, die sich nicht genierten, zu improvisieren, um ihn dazu zu bringen. Er spielt zuerst die Ouverture einer großen Oper, d. h. er spielt das erste Thema derselben, das nur aus einigen Noten besteht, ein paar Minuten lang. Dann hält er plötzlich inne, die andern Themen seien noch nicht ausgearbeitet. Von diesen wenigen Tönen erwartet er eine große dramatische Wirkung. Er spielt ferner eine kleine Melodie, die einen „slawischen Charakter" haben soll. Es ist eine armselige, nichtssagende, banale, kurze Komposition, die jeden musikalischen Wert entbehrt. Wenn er sie zum zweitenmal wiederholt, bringt er einige Variationen an, spielt gewisse Takte eine Oktave höher, fügt ein paar Verzierungsnoten hinzu. Plötzlich hält er mitten in einem Takt inne und sagt, das Stück sei fertig. Auf der Geige spielt er dann mit geheimnisvollem Gesicht ein Stücklein, das ich gleich an seiner engen Verwandtschaft mit dem eben besprochenen Machwerk erkenne. Pat. fühlt sich außerordentlich geschmeichelt, da ich ihm sage, das Stück müsse von ihm sein. Ich konnte leider diese Musikstücke



nicht notieren: Pat. weigerte sich, sie noch einmal zu spielen; auch wollte er sie nicht abschreiben aus Angst, daß man sie ihm stehlen könnte.

14. B. H., 37 J. — Beginn der Krankheit vor 6 Jahren mit Versündigungs- und Angstideen, Selbstmordversuchen, Nahrungsverweigerung, Gehörstäuschungen, dann Katalepsie, Mutazismus. In der Anstalt ist Pat. manchmal ziemlich ruhig, manchmal sehr aufgeregt und verworren, meist fröhlich, mit vielen Größen- und Verfolgungsideen. Ihre Affektivität ist sehr steif; sie glaubt sich mit einem andern Manne verheiratet, fühlt sich oft schwanger und gebärend. Sie hat eine mittlere, bürgerliche Bildung. Sie läßt sich viel bitten, bis sie sich entschließt, zu spielen; es ist aber keine Bescheidenheit, sondern Manier; denn sie macht sich viele Illusionen über ihre Fingerfertigkeit: sie will ins Theater als Opernsängerin, aber zuerst in die Theaterschule. Sie hat eine gewöhnliche Stimme, hat auch keine große musikalische Bildung, obschon sie mehrere Jahre Klavier- und Singstunden gehabt hat. Sie hat eine Vorliebe für Romanzen und singt nur solche, die in enger Verbindung mit dem Sexualkomplex stehen. Alle werden ganz merkwürdig affekt- und gefühllos vorgetragen, dagegen aber mit einer großen Manieriertheit. Sie benimmt sich sehr theatralisch, macht weit ausholende Gebärden, beugt den Kopf nach hinten, bewegt ihn rhythmisch nach links und rechts. Sie beachtet die Melodie dabei gar nicht, singt eintönig, kümmert sich nicht um die zahlreichen Fehler, die sie macht. Sie betont gewisse indifferente Worte, hält gewisse Noten ohne Grund zu lange aus. Um zu zeigen, daß sie Gefühle hat, nimmt sie während einer Romanze eine stereotyp-dramatische Stellung ein, preßt sich den Kopf mit beiden Händen, starrt nach oben. Um etwas Zärtliches auszudrücken, singt sie so leise, daß man sie kaum mehr hören kann; plötzlich, um irgendein Gefühl zu zeigen, brüllt sie die Melodie, macht übertriebene Portamentos, läßt ihre Stimme vibrieren. Auf dem Klavier kann sie sich kaum begleiten.

15. N. A., 63 J., Kaufmann. — Erster manischer Anfall, als Pat. 20 Jahre alt war, er dauerte mehrere Monate. 1873 und 1874 neue manische Anfälle, an den letzten knüpfte sich ein depressiver Zustand. Zwischen 1869 und 1911 ist Pat. ungefähr 25 mal in verschiedenen Anstalten interniert gewesen, bald in deprimiertem, bald in manischem Stadium. Hier befand er sich in euphorisch gereizter Stimmung, zeigte eine mäßige Ideenflucht, hatte auch etwas motorische Unruhe. Der gemütliche Rapport war ganz gut. Der Pat. hat eine gute kaufmännische Bildung. Pat. spielt auswendig Klavier. Er schlägt zuerst einige Akkorde kräftig in Marschtempo an: es ist der Anfang eines bekannten Militärmarsches. Nach einigen Takten wird aber der Rhythmus weniger ausgeprägt, die Melodie hört plötzlich auf, aber ohne daß es auffallend wäre, denn er fährt noch mit der Begleitung fort; dann schlägt er einige Akkorde, die den Übergang zu einer andern Tonart bilden, der Rhythmus wechselt allmählich, und auf einmal ist er mitten in einem Walzer. Von diesem



Walzer spielt er wiederum nur einige Takte, wechselt wie vorher allmählich Tempo, Tonart und Melodie und kommt so in eine Romanze hinein, von wo er wieder zu einem andern Stück übergeht. Trotz aller Aufforderungen kann er nicht bei derselben Melodie bleiben; er unterbricht sich niemals, der Übergang von einem Stück zum andern ist niemals jäh, sondern geschieht unmerklich mit ziemlich geschickt gespielten Variationen. Musikalische Fehler gibt es allerdings, aber keine groben Dissonanzen, die das Ohr verletzen. Man hat wirklich den Eindruck einer „Melodienflucht". Hie und da kann man eine sehr oberflächliche Gedankenverbindung zwischen den einzelnen Melodien finden; z. B. während Pat. einen Walzer spielt, wendet er sich zu mir und sagt: „Haben Sie schon Drachenblut getrunken?" Aus dem Walzer wird dann allmählich die Lorelei, von dieser kommt er nach einigen Variationen in die Wacht am Rhein und nachher in eine schweizerische Romanze (zu Straßburg auf der langen Brück). Man sieht, daß in diesem Falle die verschiedenen Melodien sich lose um den Begriff „Rhein" gruppiert haben. Ich konnte eine solche Gedankenverbindung als Grundlage der musikalischen Assoziationen nur in diesem Falle nachweisen; es kann sich bei ihm aber auch um rein musikalische Assoziationen handeln. Er bleibt z. B. auf einem Akkord, auf einer Note stehen, zögert ein paar Sekunden und macht diesen Akkord, der noch dem letztgespielten Stück angehört, zum Anfang einer andern Melodie. Wenn Pat. vom Blatte spielt, kann er das ganze Stück spielen, ohne abzuschweifen: es ist zwar unmöglich, seine Aufmerksamkeit sehr zu konzentrieren, er macht viele Fehler, läßt sich leicht ablenken, er kommt jedoch bis zum Ende des Stückes, während dies ihm beim Auswendigspielen unmöglich ist, trotzdem er keine Gedächtnislücken hat: es geschieht z. B. hie und da, daß er den Anfang eines Stückes spielt, dann ein paar andere Melodien und dann wieder das Ende des ersten Stückes.

Die Technik des Pat. läßt viel zu wünschen übrig: er macht viele Fehler, korrigiert sie sehr selten. Er vergißt manchmal die Begleitung zu spielen: die linke Hand bleibt auf den Tasten sitzen.

16. L. O., 38 J. — Mit 3 Jahren hatte Pat. die ersten epileptischen Anfälle, die sich nachher immer häufiger wiederholten; in der Schule zeigte sie sich sehr wenig begabt. Mit 21 Jahren wurde sie zu ihren Eltern sehr grob, äußerte Verfolgungsideen, hatte Gehörshalluzinationen, lief in Dämmerzuständen von Hause fort. In der Anstalt zeigte sie sich ruhig und fleißig, wurde bald entlassen und nach 3 Jahren wieder hierher gebracht in einem leichten epileptischen Dämmerzustande. Sie hat jetzt keine Anfälle mehr, ist manchmal sehr fleißig und arbeitsam, manchmal reizbar, zornig, streitsüchtig. Sexuell ist sie sehr aufgeregt, hat erotische Übertragungen auf alle Anstaltsärzte. ist auf die Wärterinnen sehr eifersüchtig. Infolge ihrer Krankheit hat sie eine mangelhafte Bildung. Sie hat selber gewünscht, vor mir spielen zu dürfen. Technisch spielt sie nicht sehr schlecht, liest die Noten relativ gut. Der Rhythmus ist sehr mangelhaft, sie beachtet den Takt gar nicht: ein Walzer wird z. B. in Marschtempo



gegeben; auf diesen Fehler aufmerksam gemacht, spielt sie nachher einen Marsch in Walzertempo. Die Melodie wird auch eigentümlich deformiert: die einzelnen Noten werden zwar richtig gespielt, aber meistens länger gehalten. Oft wird ein „Achtel" wie eine „Halbe", eine „Halbe" wie eine „Ganze" gehalten. Dabei spielt sie die Begleitung in dem richtigen, ziemlich raschen Tempo, zögert auch nicht mit dem Anschlag wie einer, der die Noten nur mit Mühe erkennt. Auf diese Weise wird die Melodie vollständig entstellt, sie braucht zwei oder drei Takte, um zu spielen, was nach der geschriebenen Tonfolge in einem einzigen zu spielen wäre. Ziemlich regelmäßig werden die Noten, die einfach kräftiger anzuschlagen sind, und denen sie einen größeren Wert gibt, länger gehalten. Die Melodie wird dabei zerstückelt, sozusagen „verdünnt", „umständlich" gemacht. Wenn Akkorde vorkommen, werden nicht alle Noten auf einmal angeschlagen, wie es sein sollte, sondern nacheinander als „Arpegen". Dabei ist es bemerkenswert, daß sie die Akkorde der Begleitung niemals so spielt, sondern richtig in einem einzigen Anschlag. Am Ende eines Stückes, statt den Schlußakkord oder die Schlußnoten, wie es geschrieben ist, zu spielen, verlängert sie sie wieder, macht den Schluß umständlicher: sie spielt z. B. eine ganze Tonleiter, schlägt mehrere Akkorde an, macht kümmerliche Variationen über die letzten Noten.

Wie zu Anfang gesagt, ist unser Material in gewisser Hinsicht recht beschränkt. Es fehlen uns Patienten mit höherer Bildung, während, wie bekannt, meistens das Gefühl für die Musik mit der größeren Bildung steigt. Um diesen Mangel einigermaßen zu kompensieren, ließen wir alle unsere Versuchspersonen ihre Lieblingstücke spielen, bei denen am meisten Gefühl und Ausdruck zu erwarten war. Auch die Stücke, die wir selbst wählten, waren der musikalischen Bildung angepaßt, hatten einen sich leicht einprägenden Rhythmus und eine leicht zu erfassende Melodie.

Man hatte uns den Rat gegeben, Phonographenaufnahmen zu machen, um eine sorgfältigere Beobachtung zu ermöglichen: wir haben es aus mehrfachen Gründen unterlassen. Erstens kannte ich alle Musikstücke, die die Patienten spielten, sehr gut, wenn auch nicht immer auswendig, so daß mir wenige Fehler entgehen konnten. Zweitens gibt der Phonograph gerade den Gefühlsausdruck ungenügend wieder, und die wichtigen äußeren Merkmale, die uns über das Verständnis des Gefühls der Versuchsperson mit Aufschluß geben müssen, wie Haltung, Gesichtsausdruck, Atmung usw., fehlen ganz. Wollte man Improvisationen aufnehmen, dann allerdings wäre der Phonograph unentbehrlich; dazu hatten wir aber keine Gelegenheit.

Am Spiel aller unserer Schizophrenen nun fiel der M a n g e l a n G e f ü h l auf. Was ist aber das musikalische Gefühl, und woran



kann man erkennen, daß jemand ohne Gefühl spielt? Trotzdem viel darüber geschrieben worden ist, wissen wir noch recht wenig davon. Es scheint, daß es sich um eine komplizierte Funktion handelt, deren wichtigste Komponente natürlich der Affektivität angehört. Der Komponist benutzt die Musik zum Ausdruck seiner Gefühle, und der Interpretierende wählt sich ein Stück in der ihm entsprechenden Gefühlslage, oder er wird durch das Stück in die Stimmung des Komponisten versetzt. (Letzteres gilt natürlich nur von musikalischen Menschen.)

Wie wird nun das Gefühl in der Musikinterpretation ausgedrückt? Wesentlich ist nicht die Richtigkeit der Technik noch die genaue Beachtung der verschiedenen Nüancen. Alles das kann in diesen Beziehungen den Intentionen des Komponisten vollkommen entsprechen und doch den Eindruck der Gefühllosigkeit erwecken, Gefühllosigkeit in dem Sinne, daß der Spieler selbst kein Gefühl hat und keines in der Musik ausdrückt, wie auch in dem Sinne, daß er beim Hörenden kein Gefühl erweckt. Wir fühlen einfach, daß der Mensch kein Gefühl dabei spürt; alle musikalisch fühlenden Menschen sind darüber einig, beweisen kann man es aber nicht. Bei genauer Beobachtung könnte man wahrscheinlich minimale technische Fehler beim Spiel nachweisen, die aber uns die Gefühllosigkeit nicht erklären könnten. Mit dem Verstand erfaßbare und diskutierbare Zeichen für diese wichtigste Komponente des Gefühlsausdruckes kennen wir nicht. Wir sind auf unser Empfinden angewiesen. Offenbar handelt es sich um feinste Modulationen in der Art der Tongebung, die von unserem Empfinden und Fühlen sehr lebhaft aufgefaßt und verwertet werden. Also um Modulationen des Anschlages beim Klavierspieler, der Stimme beim Singen usw. Wir sind also in dieser Beziehung rein auf unser Gefühl [1]) angewiesen, das aber so entschieden und eindeutig urteilt, daß man

[1]) Das Wort „Gefühl" wird hier in einem andern Sinne gebraucht als bisher, wo von Gefühlsausdruck, Gefühllosigkeit und dergleichen gesprochen wurde. Während es dort eine rein affektive Bedeutung hatte, heißt es hier „etwas spüren", „merken"; daß dabei unsere eigene Affektivität beteiligt ist in dem Sinne, daß das Mitschwingen der Gefühle des Hörenden bei diesem Spüren eine wesentliche Rolle spielt, ist in diesem Zusammenhang eine zufällige Nebensache. Leider haben wir keinen Ausdruck, um das Gefühl in rein affektivem Sinne von dem Gefühl im Sinne einer nicht genauer definierbaren Wahrnehmung zu unterscheiden.

sich bei den großen Abweichungen vom Normalen, wie sie bei der Dementia praecox vorkommen, nicht täuschen kann.

Außerdem haben wir ein objektives Zeichen, zwar nicht für die Gefühllosigkeit des Ausdrucks, aber für eine pathologische Diskrepanz zwischen Stimmung und Ausdruck, die wir bei unseren Kranken konstatiert haben: Einem trauernden Gesunden wird es nicht einfallen, einen Walzer oder einen schneidigen Marsch zu spielen. Ja, das wird ihm oft einfach unmöglich sein, wenigstens wenn man mehr von ihm verlangt als das rein Technische. *Für viele Schizophrene dagegen scheint es vollständig irrelevant, was sie spielen, auch wenn sie eine ausgesprochene (z. B. melancholische oder manische) Grundstimmung haben.*

Als dritte Eigentümlichkeit unserer Kranken ist zu konstatieren eine allmähliche, wenn auch sehr unregelmäßige, so doch ziemlich allgemeine Abnahme des Interesses für die Musik. Auch sehr musikalische Leute, die vor der Krankheit und im Anfange derselben sehr viel gespielt und mit Genuß Musik angehört haben, spielen mit den Jahren seltener und sind später oft gar nicht mehr dazu zu bringen. Auch in den Anstaltkonzerten sieht man die meisten Schizophrenen mit der größten Gleichgültigkeit zuhören. Ich habe indessen einige Male auch bei schweren Fällen beobachtet, daß sie, wo musiziert wurde, nicht wegzubringen waren. Vielleicht ist dies bei den autistischen Kranken wie bei vielen Normalen so zu erklären, daß eine leichte Musik eine wohltuende Stimmung hervorruft, in der sie leicht assoziieren, und in der namentlich leicht Wunschträume ins Bewußtsein steigen.

Leider konnten wir nicht entscheiden, ob die Indifferenz der Musik gegenüber in der Weise zunimmt, daß zuerst und in höherem Grade das Verständnis für die höhere, schwierigere Musik schwindet. In einigen Fällen haben wir freilich beobachtet, daß vor dem Ausbruche der Krankheit vornehmlich klassische Musik gespielt wurde, während die Kranken jetzt nur mehr imstande sind, Walzer, Märsche und andere einfache Sachen zu interpretieren. Es ist nach Analogie der andern Fähigkeiten zu erwarten, daß die komplizierteren Funktionen auch in der Musik leichter gestört werden können als die einfacheren; aber wahrscheinlich verhält sich die musikalische Funktion analog der intellektuellen, deren Verfall auch bei dieser Krankheit durchaus nicht



regelmäßig von den höheren zu den einfacheren Leistungen fortschreitet.

Im Anfange der Krankheit und in leichteren Fällen ist oft das Bedürfnis, sich musikalisch zu betätigen, gesteigert, ganz analog, wie es Schizophrene gibt, die im Anfang ihrer Krankheit das Bedürfnis oder geradezu den Zwang haben, sich dichterisch zu produzieren, während ihnen vorher und nachher dieser Trieb vollständig fehlt.

In unseren Fällen haben wir alle Etappen der affektiven Verständnislosigkeit gegenüber Musik beobachtet. Bei den leichteren Fällen ist noch ein gewisses Interesse vorhanden; dennoch ist die Gefühllosigkeit des Spiels leicht zu bemerken. Daneben macht es den Eindruck, wie wenn die Kranken die Gefühle, die sie nicht mehr haben, zu simulieren versuchten, was ja seine Analogie auch beim musikalischen Ausdruck vieler Gesunder hat. Daher wohl die auffallenden Manieriertheiten, die Übertreibungen der Nüancierung, die theatralische oder steife Mimik usw. In andern Fällen ist die Musik nicht Zweck, sondern Mittel, auf den Beobachter zu wirken: die Patientin nimmt sich zusammen, versucht, so korrekt als möglich zu spielen, vermeidet peinlich technische Fehler, kümmert sich aber nicht im geringsten um den musikalischen Sinn des Stückes; dieser schöne Eifer dauert nur so lange sie sich beobachtet glaubt, dann klimpert sie nachlässig wie vorher, ohne sich zu kümmern, was sie spielt! Schwerer Kranke spielen oft ohne Unterschied alles, was man ihnen vorlegt; sie haben kein Bedürfnis, irgendwelche Gefühle auszudrücken: es ist einfach eine Art mechanische Arbeit, die sie verrichten. B. kann über die schrecklichen Leiden, die ihr der Teufel antut, reden und dabei ruhig einen Walzer spielen. Die Fähigkeit, richtige Affekte zu produzieren, ist, wie wir wissen, bei der Schizophrenie nur unterdrückt, nicht erloschen; wir haben das auch bei unseren Untersuchungen mehrfach beobachten können. Bei Frau D (8) z. B. hört man ganz erstaunt, daß mitten in ihrem Geklimper irgendein sehnsüchtiger erotischer Walzer mit einem echten Gefühl gespielt wird. Lehrer S. (12), der alle möglichen patriotischen, religiösen Lieder mit einem inadäquaten, steif deprimierten Gesicht vorträgt, spielt plötzlich mit richtigem Gefühl ein Lied, dessen Titel „Heimweh" heißt. Oder B. (11), der sonst alles blöd affektiert vorträgt, kann auf einmal ein Spottlied auf die Ärzte natürlich und ohne die geringste Manieriertheit singen.



Es scheint, daß leichte Melodien, deren Rhythmus typisch und stark ausgeprägt ist, besser interpretiert werden als anderes. Man sieht z. B., daß anscheinend ganz verblödete Katatoniker auf einmal wieder ganz gut tanzen und ihre Bewegungen sehr geschickt allen Nüancen der Musik anpassen. Man muß aber dabei denken, daß der Tanz vor allem erotische Affekte hervorruft, und daß diese fast immer noch zu finden sind. Ob da die Musik allein den Affekt gelöst hat oder vielmehr die motorische Komponente, bleibe dahingestellt. Bei den schon zitierten Liedern ist es wahrscheinlich nicht die Musik als solche, sondern der Text, der die Gefühle aus der Verdrängung befreite.

Daß der eingeklemmte Affekt noch vorhanden ist, können wir noch an andern Erscheinungen nachweisen. B. (11) spielt irgendein Lied, plötzlich kommt er nicht mehr weiter, brummt vor sich hin, macht nacheinander mehrere Fehler in der Begleitung, und erst nach mehreren Sekunden kann er fortfahren. Wir haben hier eine typische Sperrung: der Pat. weiß nicht, ob er nach Hause gehen kann, und ist bei dem Wort „Heimatland“ gesperrt worden. Jetzt wiederum ist es nicht die Musik als solche, die die Sperrung hervorgerufen hat, sondern der Text mit seinem Inhalt. Eine Sperrung, die direkt durch eine Melodie hervorgerufen worden wäre, konnten wir nicht sicher beobachten; bei Frl. S. (9), wo das Spiel so plötzlich abgebrochen wird, ist aber eine solche Genese wahrscheinlich.

Wir haben versucht, durch Zurufen von Reizworten während des Spiels Affekte zu provozieren: bei den gleichgültigen reagierten die Kranken ohne weiteres nach kurzer Zeit; die Berührung eines Komplexes machte sich bemerkbar durch einen plötzlichen Fehler, plötzliche unmotivierte stärkere Betonung der ersten besten Note, die gerade gespielt wurde, oder durch Aussetzen des Spieles. Diese Komplexzeichen haben nichts Typisches und sind auch beim Normalen zu beobachten. Wir haben es an uns selber und auch an andern beobachtet.

Interessanter ist dagegen, wenn die Gefühlslage der Pat. wechselt, während sie spielen. Das war z. B. oft der Fall bei Frau K. (3), die vornehmlich über sexuelle Dinge sprach, dabei erotisch wurde und dann alles rascher und in einem fröhlichen Tempo spielte. Bei Frau B. (4) war es noch auffallender. Wir haben bei ihr eine Gefühlsverschiebung „in toto“; sie spielt im aufgeregten Zustande ganz anders als in ihrem



apathischen gewöhnlichen Zustande, wenn gut, ebenso gefühllos. Vor allem fehlt hier die Modulationsfähigkeit. Ein schönes Beispiel gibt uns auch die Pat. D. (8), die tagelang dasselbe Stück spielt, immer mit derselben blöden Sentimentalität.

Die auffälligste Störung, durch die die Affektlosigkeit der Schizophrenen sich kundgibt, ist die Aufmerksamkeitsstörung. Sie wechselt natürlich intensiv, je nach dem Grade der Krankheit; in den schweren Fällen aber ist sie die Ursache vieler Störungen.

Wenn Frau M. (10) z. B. den zweiten Teil eines Musikstückes in derselben Tonart wie den ersten spielt, oder wenn sie das zweite Finale gleich nach dem ersten spielt, ist das wohl auf einen Mangel an Aufmerksamkeit zurückzuführen. Ebenfalls die zahlreichen technischen Fehler, die sehr selten korrigiert werden. Wenn die Pat. auch etwa bemerkt: „Merkwürdig, es klingt gar nicht harmonisch", so ist ihr das ganz gleichgültig; sie sucht nicht einmal, woher der Fehler kommen kann. Es werden auch ruhig ganze Takte oder ganze Zeilen übersprungen, die verschiedenen Zeichen außerhalb des Notensystems werden nicht beachtet. Es scheint, daß das Feld der Aufmerksamkeit enger ist. Typisch ist auch die oft vorhandene Unmöglichkeit, Melodie und Begleitung zu unterscheiden, wenn beide auf demselben Notensystem sich befinden. In den vorgelegten Stücken war die Melodie immer leicht zu fassen und hatte einen deutlichen Rhythmus; dennoch waren die Patienten nicht imstande, sie aus der Begleitung herauszuheben. Manchmal hoben sie Noten, die der Begleitung angehörten, besonders hervor, so daß die Melodie zerstückelt, gebrochen wurde, jeden Sinn verlor.

Mehrmals haben wir „Klebenbleiben" bei einzelnen Noten beobachtet. Es gibt extreme Fälle wie G. L. (2), die überhaupt nicht mehr imstande ist, weiter wie die ersten Takte zu spielen, weil sie auf der ersten besten perseveriert. Es kam auch bei den andern Versuchspersonen ziemlich häufig vor, daß sie plötzlich, ohne äußeren Grund, auf einem Takt kleben blieben, den sie mehr oder weniger lang wiederholten, bis sie weitergehen konnten. Namentlich häufig bleiben sie an Noten hängen, die normaliter wiederholt werden müssen. Es ist das offenbar ein Spezialfall der allgemeinen Neigung zu Stereotypenbildung und auch im Zusammenhang mit der Bannung und mit dem Monoideismus. Charakteristisch ist auch das Versagen bei



gewissen leichten Stellen, während viel schwierigere ganz glatt gespielt werden, und oft auch die verunglückten selbst gleich nachher sehr gut gingen. Dieses Verhalten hängt teils mit den Aufmerksamkeitsschwankungen, teils mit Sperrungen zusammen und findet seine Analogie in dem launischen Versagen der schizophrenen Intelligenz gewissen einfachsten Aufgaben gegenüber, während ihr einzelne schwierigere Leistungen gut möglich sind.

Mehreren Patienten war es unmöglich, auswendig zu spielen: Fr. M. (10) sagte z. B.: „Ich kann mich nicht so anstrengen." Sie ist mit ihren Wahnideen so beschäftigt,daß sie keine Minute davon abgewendet sein will; während sie spielt, denkt sie an etwas ganz anderes. Sie hat sogar erzählt, daß sie sich während des Spiels mit der Seele von Prof. F., die in dem Klavier verweilte, unterhalten mußte. Unter diesen Umständen sind die Aufmerksamkeitsfehler leicht zu erklären. Und wenn man ihr während des Spiels noch ihre Komplexwörter zuruft, versagt auch die minimale Aufmerksamkeit, die sie noch ihrer Musik widmen kann. „Sie könne nicht spielen, wenn man ihr von solchen Sachen spreche."

Wenn die Versuchspersonen vom Blatt spielen, können sie sich im allgemeinen an die Noten halten, ohne abzuschweifen: es kann sich dann wie z. B. bei B. (4) und M. (10) um eine bloße automatische Funktion handeln.

Bei Frl. S. (9) ist die Aufmerksamkeit so schwach, daß sie kaum 10 Takte nacheinander spielen kann, ohne abgelenkt zu werden. Sie bricht dann jäh ab, fängt an einige Zeilen weiter unten zu spielen oder wendet mehrere Seiten des Heftes, um ganz abrupt mitten in einem andern Stück anzufangen. Wenn sie auswendig spielt, ist das noch auffallender: kaum hat sie irgend etwas angefangen, so bricht sie wieder ab und beginnt irgendein anderes Stück, das keinerlei Ähnlichkeit mit dem ersten aufweist. Diese jähen Wechsel, in denen man keine Spur von verständlichen Assoziationen finden kann, bilden einen merkwürdigen Kontrast zu der Art, wie N. (15) spielt. Bei ihm gibt es keinen jähen Wechsel, er erfindet immer Übergänge, er macht sozusagen Variationen über irgendeinen Takt, und diesem entsprießt die neue Melodie, ohne daß man sagen könnte, wo die erste aufgehört und die zweite begonnen hat. Dazu hat er dem Text angehörende Assoziationen (Drachenblut, Loreley, Wacht am Rhein), während von Frl. S. von solchen nichts zu finden ist. Sie ist eine Katatonika



und er ein Manisch-depressiver: ich möchte indes noch nicht behaupten, der eine stelle den Typus der manischen „Melodienflucht", der andere den des katatonischen Gedankenganges dar. Wir haben dabei zu unterscheiden zwischen den Überleitungen und dem inneren Zusammenhange der musikalischen Ideen. Für den manischen Zustand wird charakteristisch sein, daß wir assoziative Zusammenhänge von einer Idee zur andern finden, wobei die Überleitungen je nach der musikalischen Bildung und den momentanen persönlichen Bedürfnissen in der verschiedensten Ausbildung vorhanden sein oder auch fehlen können. Den Schizophrenen zeichnet wie im gewöhnlichen Gedankengang die volle Zerrissenheit, bei der nicht zu finden ist, wie die neue Idee mit der vorhergehenden zusammenhängt, hier fehlen die Überleitungen sehr oft ganz. Ich weiß aber aus Mitteilungen anderer, daß musikalische Schizophrene oft mit solchen die Kluft zwischen zwei Gedanken zwar nicht motivieren, aber geschickt ausfüllen. Mir selbst fehlen leider entsprechende Beobachtungen.

Zur genaueren Kenntnis der musikalischen Assoziationen wäre es sehr wichtig, Schizophrene komponieren oder phantasieren zu hören: leider habe ich keine Gelegenheit dazu gehabt, ich habe wohl einige solche musikalischen Machwerke bekommen, sie bestehen aber nur aus sinnlosen Aneinanderreihungen von Noten, die jeden musikalischen Wertes entbehren.

Rein motorische Assoziationen scheinen in einzelnen Fällen sehr zahlreich zu sein. So wenn Frau B. irgendeinen Akkord schlägt und dann alle Tonleitern der entsprechenden Tonart spielt.

Auch der Negativismus gibt sich durch interessante Erscheinungen kund. Hierher gehört es wohl, wenn Frau B. (4) gerade die Stücke, die man ihr vorlegt, zuerst nicht spielen will, oder wenn sie beständig eine Oktave zu hoch oder zu tief spielt, oder daß sie konsequent ein Stück mit 5 Kreuzen spielt, während nur 3 vorgezeichnet sind. Ein hübscher Fall, den Prof. *Bleuler* mir mitgeteilt hat, ist folgender: Eine Patientin wendete eine Zeitlang, während sie spielte, immer dem Klavier den Rücken und spielte mit den Händen nach hinten gerichtet; in dieser äußerst unbequemen Haltung konnte sie noch schwierige Stücke spielen.

Die einzige angeführte Beobachtung einer Epileptika (16) ist typisch genug, um eine weitere Erklärung entbehren zu können.



Es handelt sich da natürlich um einen extremen Fall, und wir möchten daraus keine Schlüsse ziehen. Ebenfalls haben wir nur einen Fall von manisch-depressivem Irresein beobachten können. Diese zwei Beispiele sollen nur den Kontrast zwischen der Spielart der Schizophrenen und anderer Geisteskrankheiten andeuten.

Zusammenfassung: Alle von uns beobachteten Schizophrenen haben eine Störung des musikalischen Gefühlsausdrucks und wohl auch des musikalischen Gefühls selbst gezeigt. Schwere Fälle spielen mit vollständiger Gleichgültigkeit, als ob sie eine mechanische Arbeit verrichteten. Infolge dieser Interesselosigkeit machen sie auch die verschiedensten technischen Fehler. Technisch stehen ceteris paribus ihre Leistungen in direktem Verhältnis zu ihrer Aufmerksamkeit. Das fehlende Gefühl wird öfters durch Manieriertheit ersetzt. Die Fähigkeit, „musikalisch zu fühlen", ist trotzalledem bei den Schizophrenen nicht erloschen und kann sich unter günstigen Umständen wieder zeigen.

Außer dem Monoideismus, dem „Klebenbleiben" an gewissen Noten, den Perseverationen haben wir keine wichtigen intellektuellen Störungen bei der Musikreproduktion finden können. Die Melodienflucht ließe sich wohl auf einen Mangel an Aufmerksamkeit zurückführen, auch das zeitweilige Versagen beim Spielen.

Der Negativismus manifestiert sich auch in dem Spiele der Kranken.

Im musikalischen Ideengang finden wir die nämliche Zerrissenheit wie im intellektuellen, ferner Monoideismus, Klebenbleiben, Perseveration bis zu musikalischer Verbigeration.

Außerdem macht sich die schizophrene Aufmerksamkeitstörung in verschiedener, aber nichts Charakteristisches enthaltender Weise sehr stark bemerkbar.

In musikalischen Produktionen kann sich der Negativismus wie n allen andern Arten von Handlungen ausdrücken.

Die Störungen der Dementia praecox in den affektiven, intellektuellen, psychomotorischen Gebieten geben sich auch in einer charakteristischen Weise in der Musik kund.



Die farblosen Blutzellen bei der Epilepsie.

Von

Dr. med. **Wilh. Riebes**, Anstaltsarzt, Tapiau.

(Mit 7 Textfiguren.)

I. In der anfallfreien Zeit. Schon wiederholt ist die Leukozytenmischung bei Epileptischen genauer untersucht worden. In einzelnen Fällen ergibt sich eine Leukozytose, die bald mehr polynukleären, bald mehr lymphozytären Charakter trägt (*Donné*); in andern erscheint die Mischung völlig normal. Einheitliche Befunde haben sich überhaupt nicht ergeben. Diese negativen Resultate sind es, die noch immer das Interesse an weiteren Zählungen der farblosen Blutzellen bei Epilepsie lähmen.

Auch mir selbst hat es Überwindung gekostet, die schon lange geplanten mühsamen Zählungen bei den Epileptischen des Landeshospitals Heina zu beginnen.

Mehrere Hundert Epileptischer standen mir zur Verfügung. Ich untersuchte zunächst nur in der Zeit außerhalb meines eigentlichen Anstaltdienstes vormittags zweimal, nachmittags ein- bis zweimal, um eine möglichst große Anzahl von Zählungen zu erhalten.

Als Zählkammer verwandte ich den *Thoma-Zeiß*schen Apparat in der Modifikation von *Türck*, die ein Auszählen von 9 qmm übersichtlich gestattet.

Ich färbte nach der modifizierten *Zollikofer*schen Methode (Münch. Med. Wschr. 1905, Nr. 31). Die Resultate waren, wie die der früheren Untersucher, nicht einheitlich:

Meistens handelte es sich um Schwankungen innerhalb der normalen Grenzen. Erst als sich zufällig unmittelbar an die Blutentnahme einigemal ein Anfall anschloß, wurde ich auf eine gewisse Übereinstimmung aufmerksam, die das Blutbild gerade in solchen Fällen stets darbot.



II. Unmittelbar vor dem Anfall. Es zeigte sich nämlich in allen diesen Fällen — es waren allerdings nur 7 — eine Vermehrung der neutrophilen polynukleären sowie der großen einkernigen Leukozyten um 15 bis 20 %, während die Lymphozyten um fast ebensoviel vermindert waren. Die Gesamtzahl war demgemäß erhöht.

Pathologische Zellformen habe ich nicht wahrgenommen.

Die Blutplättchen erschienen recht erheblich vermehrt.

Diese einheitlichen Befunde veranlaßten mich, nun auch unmittelbar nach Anfällen zu untersuchen.

III. Unmittelbar nach dem Anfall. Zu diesem Zweck mußte ich mich natürlich oft in den frühesten Morgenstunden telephonisch rufen lassen und manchmal auch meine dienstliche Visite unterbrechen. So gelang es mir auch hier, 9 Zählungen zu erhalten. Diese zeigen eine ebenso große Übereinstimmung wie die Zählungen vor dem Anfall. Nur bieten sie fast das umgekehrte Verhältnis:

Die Lymphozyten, die vorher erheblich vermindert waren, erreichen wieder die Norm und überflügeln sie in einzelnen Fällen sogar um einige Prozent.

Die polynukleären neutrophilen und großen einkernigen indessen sinken wieder auf die Norm und etwas unter die Norm zurück.

Die Blutplättchen erscheinen nicht erheblich vermehrt.

IV. Vergleich der polynukleären Leukozytose mit ähnlichen Leukozytosen. Der Befund unmittelbar vor dem Anfalle legt einen Vergleich mit ähnlichen polynukleären Leukozytosen nahe: ich meine die Leukozytosen infolge von Toxinen und Autotoxinen.

Das schönste Beispiel hierfür bietet die letale polynukleäre Leukozytose, die sich sogar — nach meiner eigenen Beobachtung — bei Säuglingen vorfindet, bei denen doch eine Lymphozytose von über 60 % das Normale ist.

Wenn auch die moderne Anschauung als Ursache der Epilepsie hauptsächlich degenerative Veränderungen der Pyramidenzellen annimmt, so läßt sie doch daneben eine schwere Stoffwechselstörung gelten. Ob das dabei hauptsächlich in Frage kommende Autotoxin, wie *Krainski* gefunden zu haben glaubt, wirklich Karbaminsäure ist, mag dahingestellt bleiben.

Sicher ist jedenfalls, daß sich schon bei Krämpfen nach experimentellen Hirschhornsalzinjektionen eine erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes nachweisen läßt.

So möchte ich denn meine Befunde vorläufig als eine weitere Stütze der Autointoxikationstheorie betrachten.

V. Vergleich der Lymphozytose nach dem Anfall mit ähnlichen Lymphozytosen. Die stärkste Lymphozytose findet sich bekanntlich beim gesunden Säugling vor.

Sie stellt also zweifellos einen Zustand geringerer Abnutzung des Blutbildes dar. Ferner finden wir eine meßbare Vermehrung der Lymphozyten nach Massagekuren (*Winternitz*) und nach ausgiebiger nicht allzu ermüdender Muskelbewegung.

Es ist eigentlich selbstverständlich, daß die gewaltige Muskelaktion während des Anfalls erhebliche Mengen von Lymphe, also auch Lymphozyten, ins Blut pumpt. Inwiefern damit eine Aufbesserung des Blutbildes erzielt wird, wage ich noch nicht zu entscheiden.

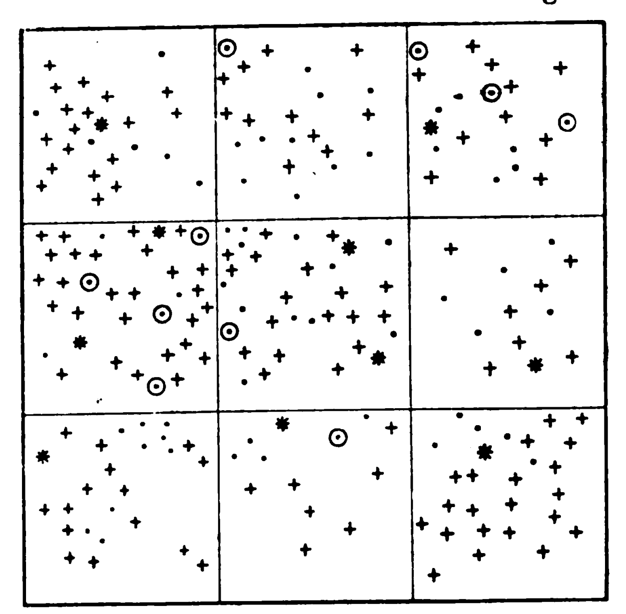
Eine mechanische Notwendigkeit ist es freilich, daß etwaige Autotoxine dadurch verdünnt werden.

So ließe sich denn der Anfall als ein unvollkommener Versuch automatischer Selbstentgiftung auffassen.

VI. Anregung zu weiteren Forschungen. Um derartige Erwägungen auch praktisch nutzbar zu machen, müßte man versuchen, einen sicheren Status epilepticus nach den ersten Anfällen durch Blutverdünnung und Massage zu koupieren. Mir ist das in der Tat in einem Falle gelungen. Die Kranke hatte bei ihrem vorletzten Status etwa 200 Anfälle gehabt. Nach einer intravenösen und subkutanen Kochsalzinfusion beim Beginn des letzten Status etwa beim 12. Anfall — mit Zusatz von Blutegelextrakt, um Gerinnselbildungen zu verhindern — von etwa 1 l Flüssigkeit und kräftiger Extremitätenmassage trat kein weiterer Anfall mehr auf.

Meine Mitteilung hat ihren Zweck erfüllt, wenn sie zu weiteren Blutuntersuchungen bei Epilepsie, insbesondere zu genauen Gerinnungszeitbestimmungen unmittelbar vor und nach dem Anfall und zur therapeutischen Anwendung von Infusionen und Massage im Status anregt.

Abbildung I.

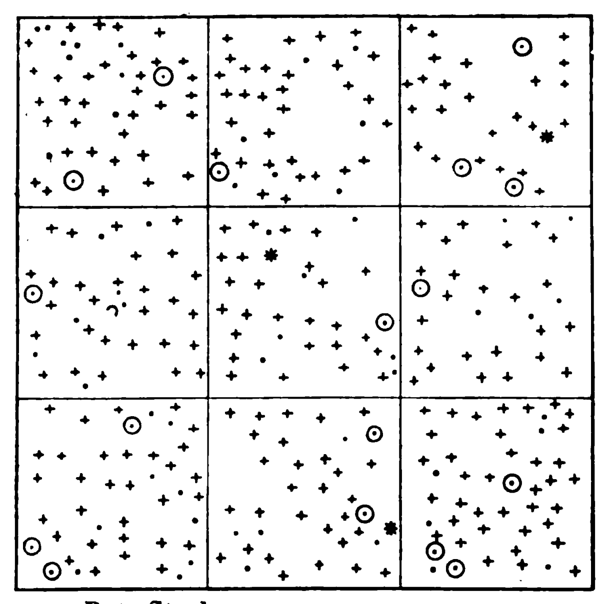


Zur Erläuterung der Abbildungen s. S. 289.

+	134 =	5955,5 =	62.60 %	
•	60 =	2666,6 =	38.06 %	
✱	10 =	444,4 =	4,67 %	
⊙	10 =	444,4 =	4,67 %	
	Sa.	9510,9	100,00	

Pat. Stecho.
Vor. Anfall nachts v. 25. z. 26. 2. 06.
I. Untersuchung am *26. 2.* 8h 30. a. m.
Verdünnung: 0,5 : 20.

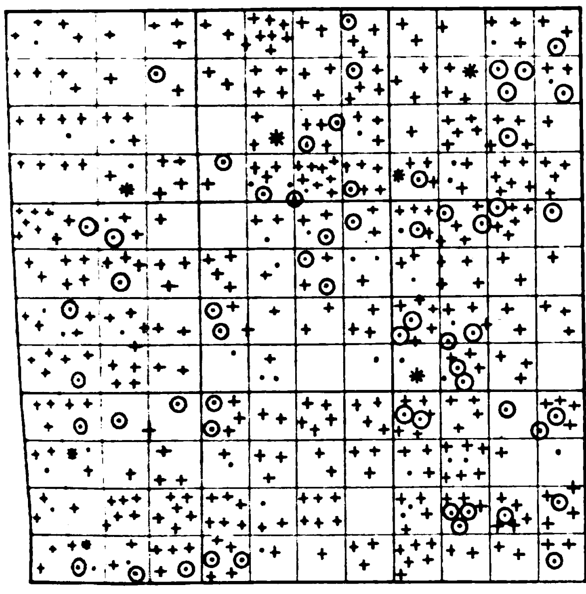
Abbildung II.



+	263 =	5844,4 =	75.03 %
•	77 =	1711,1 =	21,99 %
✱	18 =	200,0 =	2.56 %
⊙	3 =	33,3 =	0.42 %
	Sa.	7788,8	100.00

Pat. Stecho.
Letzter Anfall nachts v. 25. z. 26. 2. 06.
II. Untersuchung am *27. 2.* 9h a. m. Hb. 86.
Verdünnung 1 : 20.

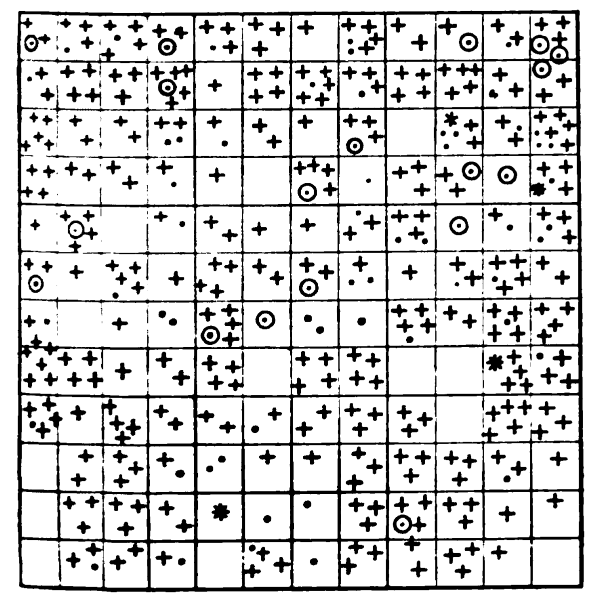
Abbildung III.



+	366	=	8133,3	=	77,3	%
•	41	=	911,2	=	8,6	%
⊙	59	=	1312,1	=	12,7	%
✱	7	=	155,5	=	1,4	%
	Sa.		10513,1			

Pat. Stecho.
Letzter Anfall v. 25. z. 26. 2.
III. Untersuchung *28. 2.* 10^h 45′ a. m. Hb. 90%.
Verdünnung 1 : 20.

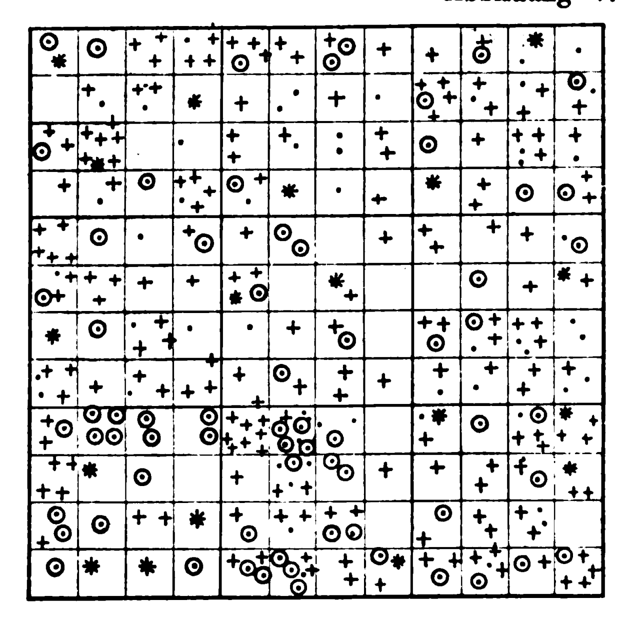
Abbildung IV.



+	298	=	6622,2	=	79,8
•	52	=	1155,5	=	14,0
⊙	19	=	422,2	=	5,1
✱	4	=	88.8	=	1.1
	Sa.		8288,7		

Pat. Stecho.
Letzter Anfall v. 25. z. 26. 2.
IV. Untersuchung *1. 3.* 9^h 30′ a. m.
Verdünnung 1 : 20.

Abbildung V.



+	176	= 3911,1	= 55,5 %
•	55	= 1222,2	= 17,3 %
⊙	68	= 1010,9	+ 21,6 %
✱	18	= 400,2	+ 5,6 %
	Sa.	7044,2	100,5

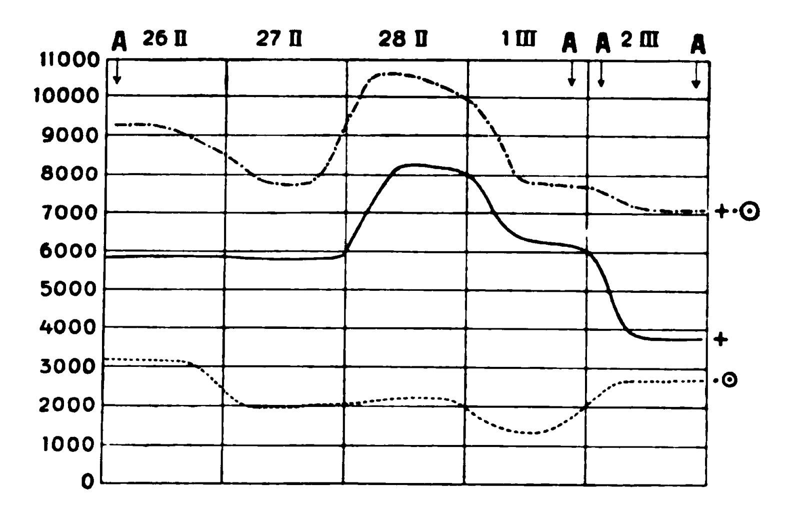
Pat. Stecho.

Vorletzter Anfall v. 25. z. 26. 2. 06. Letzter Anfall 1. 3. 7^h 5′ p. m. 2. 3. 6^h 55 a. m. 2. 3. 9^h 25 p. m.

V. Untersuchung 2. 3. 06. 7^h 20′ a. m. Hb. 68 %.

Verdünnung 1 : 20.

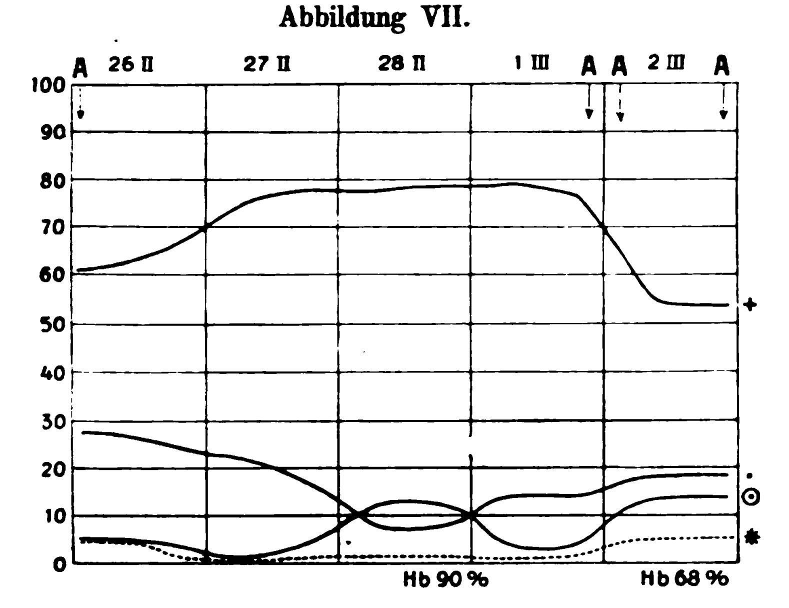
Abbildung VI.



Kurve der Gesamtzahlen, der polynukleären und der mononukleären Zellen in absoluten Werten.



Abbildung VII.



Kurven der Prozentwerte der einzelnen Leukozytenformen.

Zählkammerformulare. Bei zahlreichen Leukozytenzählungen hat es sich mir als eine große Erleichterung des Zählens erwiesen, wenn ich dazu folgendes Schema benutzte.

Das Formular, ein Quadrat von mindestens 1 bis 2 dcm Seitenlänge, trägt die Einteilung der *Zeiss-Türck*schen Kammer über alle 9 qmm. In diese Kopie der Zählkammerteilung trage ich bei jeder Zählung die Zellen als schematische Zeichen ein: ⊙ große, ● kleine Mononukleäre; + Polynukleäre; ○ Mastzellen; * Eosinophile.

Das Verfahren hat gegenüber der üblichen Registrierung in Zahlen mehrfache Vorteile:

1. Es erlaubt dem Nachzählenden selbst nach Zerstörung des Kammerpräparates ein Urteil über die Art der Zellverteilung, also über die Gleichmäßigkeit der Mischung.

2. Es gestattet eine objektive Selbstkontrolle und eine Aufbewahrung des ganzen Zellbildes.

3. Es ermöglicht auch eine viel schärfere Kontrolle der Anfänger seitens der Lehrer.

Ich möchte es um so mehr empfehlen, als es bei einiger Übung schneller vonstatten geht als das unmittelbare Zählen.

Ein nachträgliches Zusammenzählen kann dann jeder Laie oder der Untersuchende selbst zu gelegenerer Zeit vornehmen.

Anhang: Intramuskuläre Salvarsaninjektion bei einer Epileptischen.

Um den Einfluß des Salvarsans auf die Häufigkeit der epileptischen Anfälle festzustellen, injizierte ich einer jungen, kräftigen Epileptika je



0,3 g Salvarsan, auf die vorgeschriebene Weise gelöst, beidersetis in die oberen äußeren Partien der Glutäalmuskulatur. Die Schmerzhaftigkeit nach der Injektion war ungewöhnlich gering. Außer leichter Mattigkeit am folgenden Tage zeigte die Kranke keine Störungen des Allgemeinbefindens. Trotzdem ließ ich sie 8 Tage Bettruhe innehalten.

Erst am 19. Tage. nach der Injektion trat wieder ein epileptischer Anfall auf, während sonst jede Woche etwa zwei Anfälle erfolgten. Allerdings fand ich bei der Durchsicht der Krampflisten bei der Kranken auch schon früher einmal eine anfallfreie Zeit von 17 Tagen. So beweist denn mein Versuch nichts weiter, als daß Salvarsan die Häufigkeit der epileptischen Anfälle keinesfalls zu erhöhen braucht. Man hätte sonst vielleicht an eine krampfvermehrende Wirkung des Salvarsans bei Epilepsie denken können, da im Bilde des akuten Salvarsantodes Krämpfe vorherrschen.

Einen gewissen wissenschaftlichen Wert möchte ich dem Versuche nur deshalb beimessen, weil ich in der Woche nach der Injektion drei Leukozytenzählungen vornehmen konnte. Da zeigte sich denn, daß das Blutbild erst am 9. Tage wieder normal war. Am 2. Tage bestand eine bemerkenswerte polynukleäre neutrophile Leukozytose. Die Zahl der Polynukleären im Kubikmillimeter betrug 9400, die der Mononukleären 2600. Am 5. Tage war das Verhältnis noch 9400 Polynukleäre zu 1600 Mononukleären. Am 9. ergab sich schon wieder das normale Blutbild von 6700 Polynukleären und 1900 Mononukleären.

Von besonderem theoretischen Interesse ist die *Arneth*sche Kernzählung: Ich hatte in der *Türk*schen Kammer mittels meiner 1905 in Nr. 31 der Münchner Medizinischen Wochenschrift veröffentlichten Modifikation der Methode *Zollikofer*s gefärbt, die mit Zeiss DD und plangeschliffenem Deckglas eine Zählung der Kernlappen fast ebensogut ermöglicht wie das sonst übliche Triazidtrockenpräparat. Da fand ich nun einkernige neutrophile Leukozyten, die normal etwa 5 % betragen, überhaupt nicht, zweikernige statt 35 % so selten, daß auf 9 bis 15 andere kaum einer kam, und das ganze Bild wurde noch weit mehr als sonst von den dreikernigen Leukozyten beherrscht, die statt 41 % sogar 80 bis 90 % ausmachten.

Dieses *Arneth*sche Blutbild läßt verschiedene Deutungen zu. Immerhin geht das eine mit Sicherheit aus dem Fehlen der einkernigen Regenerationsformen hervor, daß bei der Arsenleukozytose nicht die Regeneration von farblosen Blutzellen im Vordergrunde steht, wie man vielfach noch annimmt, sondern die Intoxikation.



Über Versuche mit Opsonogen.[1])

Von

Dr. **W. Heise.**

Die Behandlung der Furunkelerkrankungen hat von jeher einen breiten Raum auf dem Gebiete der körperlichen Erkrankungen in den Irrenanstalten eingenommen. Eine große Reihe von Behandlungsarten ist bereits angegeben worden; viele sind verlassen worden, manche älteren hat man wieder aufgegriffen, aber eine vollauf befriedigende — wenigstens für die besonderen Verhältnisse in den Irrenanstalten — kennt man wohl noch nicht. Haben schon für die allgemeine Behandlung viele Methoden ihre großen Schattenseiten, so erhöhen sich diese noch bei der Anwendung auf Geisteskranke. Nur auf eine Hauptschwierigkeit will ich hinweisen, mit der wir zu kämpfen haben: die Neigung vieler Kranken, keine Verbände zu dulden und mit dem Eiter zu schmieren; der erste Umstand erschwert die chirurgische Behandlung, der letzte bringt uns die so oft zu beobachtende Infektion der Umgebung. Die verschiedenen Methoden hat neulich *Luther*[2]) bei Erörterung des gleichen Themas kritisch beleuchtet. Wie er, so haben auch wir längere Zeit die Jodpinselungen angewendet, aber nie rechte Erfolge davon gesehen; auch das Salizylkollodium haben wir in letzter Zeit ohne Erfolg angewendet. Sodann habe ich früher vielfach Sublimatverbände und Injektionen von 5% Karbolsäure gemacht; von beiden bin ich abgekommen: die Sublimatverbände veranlaßten häufig Ekzeme in der Umgebung; die Karbolsäureinjektion hat ausgedehnte Nekrose zur Folge gehabt. *Luther* empfiehlt nun besonders Packungen mit 3% Borsäurelösung. Wir werden auch

---

[1]) Aus der Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W. (Direktor: Dr. *Riebeth*).

[2]) Psych.-Neur. Wschr. 1912, Nr. 25.



damit Versuche anstellen. Diese Behandlungsart erscheint mir aber nicht angängig bei den bösartigen Furunkeln im Gesicht. Da möchte ich nun auf ein Verfahren hinweisen, das geeignet ist, uns der Lösung dieser Frage einen Schritt näher zu bringen. Es ist die Behandlung mit Opsonogen.

Ich habe meine Versuche damit zu Anfang dieses Jahres gemacht und habe die Erfahrungen darüber zur Veröffentlichung niedergeschrieben. Letztere hat sich aus äußeren Gründen verzögert. Inzwischen sind nun aus der amerikanischen, dänischen und ganz kürzlich aus der deutschen Literatur weitere günstige Erfahrungen über Opsonogen mitgeteilt worden.

Außerdem hat *Boldt*-Graudenz [1]) nach seinen Erfahrungen bei der Strafanstalt Graudenz die Anwendung des Opsonogens empfohlen.

Unter dem Namen Opsonogen wird von der chemischen Fabrik in Güstrow von Dr. *Hillringhaus* und Dr. *Heilmann* unter Kontrolle von Dr. *Strubell* eine fabrikmäßig hergestellte, sterilisierte Standard-Staphylokokkenvakzine in den Verkehr gebracht, nachdem durch *Strubell* in Übereinstimmung und gleichzeitig mit *Wright* die Vakzinebehandlung der lokalen Staphylokokkenerkrankungen ohne die Indexbestimmung empfohlen war und seitdem von ersterem das *Wright*sche Vakzineverfahren klinisch weiter erprobt und technisch für die Darstellung im Großen ausgebaut ist. Auf die Begründung, den Ausbau und die Modifikation der *Wright*schen Vakzinetherapie will ich hier nicht weiter eingehen; Ausführliches darüber geben die Aufsätze von *Strubell*-Dresden in der D. med. Wschr. 1909, Nr. 6, S. 242 und 1910, Nr. 18, S. 838. Das Opsonogen kommt in den Handel in kleinen Ampullen von 1 ccm Inhalt, deren jede 100 Millionen Staphylokokken enthält (Opsonogen I), sodann werden noch Ampullen von gleicher Größe, jedoch mit einer Lösung von 500 Millionen Staphylokokken versandt. (Opsonogen II). Der Preis für ein Glas mit 100 Millionen Staphylokokken beträgt 1 M.

Für die Behandlung mit Opsonogen sollen in Betracht kommen die lokalen Staphylokokkeninfektionen, Furunkulose, Akne, Sykosis, chronische Ekzeme und auch die lokalen chronischen Tuberkulosen.

Die Behandlung selbst ist sehr einfach; sie entspricht der Technik jeder gewöhnlichen subkutanen Injektion: sterile Entnahme der Flüssigkeit mit steriler Pravazspritze und Injektion unter die mit Alkohol und Äther desinfizierte Haut — am besten des Rückens. Eine gewisse Vorsicht ist nötig in der Dosierung. Man soll mit einer Injektion von ½ bis ¾ ccm = 50 bis 75 Millionen Staphylokokken beginnen; nach frühestens

[1]) In der Versammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig am 8. Juli 1912, referiert in der Allg. Ztschr. f. Psych. 1912, S. 791.



bis 4 Tagen wird, falls Nebenerscheinungen nicht hervorgetreten sind, ccm der Vakzine injiziert. Zeigen sich Temperatursteigerungen, stärkere Abgeschlagenheit oder stärkere Ausbreitung der lokalen Infektion (negative Phase), dann soll das Mittel 8 bis 10 Tage ausgesetzt werden. Es wird wieder mit $^1/_2$ ccm begonnen und unter jedesmaligem Abwarten von 3 bis 4 Tagen bis auf 1—2—3 ccm gesteigert. Zur Behandlung gewöhnlicher Furunkel sollen 1 bis 3, höchstens 5 Injektionen genügen. Chronische Furunkulosen müssen wochen- bis monatelang behandelt werden.

Wenn man bedenkt, wie undankbar, zeitraubend und umständlich für Arzt und Patienten gerade die Behandlung der Furunkulose und Akne ist, wird man es mit Freuden begrüßen, daß die von *Wright* wieder aufgenommene und vertiefte Theorie der Immunität durch Phagozytose zur aktiven Immunisierung durch Einimpfung von abgetöteten Bakterien geführt hat. Und daß vor allem eine haltbare Standardvakzine für die Praxis hergestellt wurde, die ohne Kontrolle durch den opsonischen Index gehandhabt werden kann. So ist denn auch eine Reihe von Arbeiten über Versuche in der Praxis entstanden. Soweit mir deren Ergebnisse vorliegen, hat das Opsonogen eine verschiedenartige Beurteilung erfahren. Übereinstimmend wird gesagt, daß es nie schädliche Wirkungen gehabt hat. Viele Autoren haben schnelle völlige und dauernde Heilung gesehen, fast alle berichten von deutlicher Beeinflussung besonders der Furunkulose und Akne.

Einen weiteren Beitrag zu dieser Frage möchte ich geben durch Mitteilung der Erfahrungen, die ich mit Opsonogen an 24 Kranken der hiesigen Anstalt gemacht habe. Bemerken möchte ich noch, daß es sich fast in allen Fällen um Geisteskranke der verschiedensten Art handelt, vom geordneten ruhigen Kranken bis zum verwirrtesten Paralytiker, der keine Verbände duldet und durch Schmieren mit dem eitrigen Sekret sich und seine Umgebung bedroht. Ferner befinden sich Fälle darunter, die bis zu 2 Jahren auf die verschiedenartigste Weise örtlich und allgemein ohne Erfolg behandelt waren. Also jedenfalls ein recht schwieriges Material.

Es wurden behandelt 15 Furunkel, 3 chronische Furunkulosen, 3 Akneerkrankungen und 3 nässende Ekzeme. Unter den an Furunkeln behandelten Kranken war einer im 62. Lebensjahr und sehr dekrepide. Die 3 chronischen Furunkulosen, 1 Akne und 2 nässende Ekzeme waren zum Teil von mir selbst lange Zeit — bis zu 2 Jahren — erfolglos behandelt worden.

Bevor ich auf Einzelheiten eingehe, will ich mitteilen, daß sich bei allen Behandelten schon nach kürzester Zeit zum mindesten ein deutlicher günstiger Einfluß des Opsonogens zeigte.

Die Behandlung wurde durchgeführt nach der von der Firma angegebenen Gebrauchsanweisung. Nur wurde von besonderen lo-



kalen, therapeutischen Maßnahmen Abstand genommen, einmal um die eigentliche Wirkung des Opsonogens besser überwachen zu können, dann aber auch, weil jene bei vielen Kranken auf Schwierigkeiten gestoßen wären. Wo es angängig war, wurden die Furunkel nur mit einem Schutzverband versehen. Die Injektionen wurden stets zwischen den Schulterblättern in die mit Alkohol und Äther desinfizierte Haut gemacht; es wurde meistens begonnen mit ⅓ bis ½ ccm Opsonogen und gesteigert bis 1 ccm Flüssigkeit und 250 Millionen Staphylokokken in einer Dosis. Kein einziges Mal traten an der Injektionsstelle Entzündungserscheinungen auf, fast nie subjektiv unangenehme Empfindungen. Die nächste Injektion von ⅔ ccm wurde bei reaktionslosem Verlauf nach frühestens 6 Tagen gemacht. Nur bei einem Akne-Patienten mit stark hysterischem Einschlag stellten sich nach den ersten Injektionen Appetitlosigkeit und Klagen über Mattigkeit ohne objektiven Befund ein, die später ganz verschwanden. Eine stärkere negative Phase (vorübergehende Zunahme der Entzündungserscheinungen) wurde niemals beobachtet. Bei sämtlichen Behandelten wurden 3 Tage lang nach der ersten Injektion die Temperaturen gemessen und der Urin untersucht. Niemals wurde eine Temperatursteigerung und nie Eiweiß im Urin festgestellt. Eine Injektion selbst war nie Veranlassung zur Befolgung besonderer Verhaltungsmaßregeln.

Bei den Furunkeln wurde möglichst sofort nach Feststellung der ersten Hautrötung und Schwellung die erste Injektion von ½ ccm Opsonogen I gemacht. Andererseits kamen auch solche in Behandlung, die bereits vor beginnender zentraler Erweichung und vor dem Durchbruch standen. Bei allen zeigte sich bereits nach 24 Stunden eine deutliche Einwirkung im günstigen Sinne, und zwar derart, daß die beginnenden Infiltrate sich zu verteilen begannen, während bei bereits bevorstehender oder erfolgter Einschmelzung diese beschleunigt wurde, so daß der Entzündungsherd sich konzentrisch verkleinerte und Absonderung reichlicher Mengen Eiters aus der spontan entstandenen kleinen zentralen Durchbruchstelle erfolgte. Bei den meisten einzeln aufgetretenen Furunkeln war bereits wenige Tage nach der ersten Injektion völlige Heilung eingetreten; während andere wieder zwar auch glatt und schnell heilten, aber durch neue Entzündungserscheinnngen an andern Körperstellen weitere Injektionen nötig machten. Letzteres wurde mehrfach beobachtet. Ob es sich

dabei um ein zufälliges Zusammentreffen handelt oder ob ein Zusammenhang mit der Behandlungsart besteht, oder aber, ob diese Neigung zu neuen Entzündungen auf die Eigenart unseres Krankenmaterials — wegen der Schwierigkeit, Autoinfektionen durch Verschleppung des Eiters hintanzuhalten — zurückzuführen ist, vermag ich noch nicht zu entscheiden. Persönlich möchte ich bei meinen Kranken zu letzterer Ansicht neigen. Sehr einleuchtend ist auch die Erklärung, die *Strubell* für das Auftreten neuer Furunkel gibt [1]): er nimmt an, daß infolge der starken Immunitätsschwankungen alte, eingekapselte Infektionskeime freigesprengt werden. Jedenfalls aber habe ich bei keinem der Behandelten ein auffälliges Zurückgehen der lokalen Entzündungserscheinungen — oft schon nach kaum 24 Stunden — vermißt. Im allgemeinen gewann ich nach jedem neuen Furunkel, den ich behandelte, mehr den Eindruck, daß ich mit der früher von mir befolgten frühzeitigen chirurgischen Behandlung nie so schnell zum Ziel gekommen wäre. Dies scheint mir ein besonderer Vorzug des neuen Verfahrens zu sein. Dazu kommt noch weiter, daß man, wenn die Fälle frühzeitig genug zur Behandlung kommen, die Möglichkeit hat, die Entzündung mit größter Wahrscheinlichkeit zu koupieren. Weiter ist die Injektion bei einem messerscheuen Patienten ein leichterer Eingriff als die Inzision, der oft noch wegen der späteren Narbe Bedenken sozialer — hindernder Sitz im Erwerbsleben — und kosmetischer Art entgegenstehen. Ich möchte hier nochmals betonen, daß ich in keinem meiner Fälle auch nur die kleinste Stichinzision zu machen gezwungen war. Dabei erschien mir das Verfahren so sicher, daß ich bei einem 62 jährigen altersdementen und dekrepiden Kranken, bei dem plötzlich ein handgroßer, harter Abszeß unter dem linken Schulterblatt festgestellt wurde, die Injektionen versuchte, obwohl ich nach meiner chirurgischen Erziehung sofort hätte breit inzidieren müssen. Nach der ersten Injektion begann sich der Entzündungsherd zu verkleinern, dann begann eine seröse Absonderung durch die siebartig durchlöcherte Haut, der eine profuse Eiterung folgte; nach 3 Injektionen innerhalb 12 Tagen begann die Vernarbung. Der alte Herr hat die Injektionskur ohne die geringste Störung seines Befindens überstanden.

[1]) D. med. Wschr. 1910. S. 841.



Besonders in die Augen springend war auch der Erfolg bei einem der gefürchteten Gesichtsfurunkel: 24 Stunden nach der einmaligen Injektion von $\frac{1}{3}$ ccm Opsonogen I erfolgte Heilung. Auffällig scheint es mir, wie ich vorhin schon andeutete, daß trotz dem augenscheinlichen Erfolg bei den akuten, lokalen Entzündungsprozessen in einer Reihe von Furunkelkranken (5), die mit Opsonogen behandelt wurden, letzteres nicht imstande war, Neuerkrankungen zu verhindern. Von den 15 behandelten erkrankten 5 neu an vereinzelten Furunkeln in der Zeit von 20 Tagen bis zu 8 Wochen nach der letzten Injektion; von diesen 5 hatten zwei Pat. je 3, zwei je 4, einer 6 Injektionen bekommen. Der Heilungsverlauf hatte sich nicht von dem bei den andern unterschieden; auch waren die betreffenden Kranken schon längere Zeit in der Anstalt, ohne daß früher eine Neigung zur Furunkulose bei ihnen konstatiert worden wäre. Die übrigen 10 blieben bis jetzt, d. h. 8 Wochen bis zu $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Behandlung, rezidivfrei. Ob die 5 Wiedererkrankungen tatsächlich gegen die Annahme einer länger dauernden Immunisierung sprechen, muß ich jetzt noch dahingestellt sein lassen; denkbar wäre es ja auch, daß die Behandlung von mir nicht lange genug fortgesetzt oder nicht mit genügend hohen Dosen vorgenommen ist. Vielleicht hätten diese Fälle unter der Behandlung mit individueller Vakzine ein anderes Resultat gezeitigt. Aufmerksam möchte ich noch darauf machen, daß vielleicht das Wiedererkranken deshalb von mir häufiger beobachtet wurde, weil die Behandelten auch später noch infolge ihres Anstaltaufenthaltes stets unter Kontrolle des Arztes standen.

Ich lasse der Vollständigkeit halber die kurzen Krankengeschichten der oben besprochenen 15 Fälle folgen.

Fall 1. G. (Paralyse), 41 Jahre alt.

15. 12. 11. Dreimarkstückgroßer Furunkel auf der Beugeseite des linken Oberschenkels, keine Einschmelzung; ein kleinerer zweiter Furunkel im gleichen Entwicklungstadium auf dem rechten Schienbein, kein Fieber. Injektion von $\frac{1}{4}$ ccm Opson. I. Nach 3 Tagen haben sich die zentralen Pfröpfe abgestoßen, die Furunkel verkleinern sich unter mäßiger Eiterabsonderung.

21. 12. 11. Injektion von 1 ccm Opson. I.

Am 23. sind beide Furunkel verheilt und vernarbt.

28. 12. 11. Injektion von 1 ccm Opson. I.

4. 1. 12. Injektion von $\frac{1}{2}$ ccm Opson. I.



Die Furunkelnarben sind blaß. Die Injektionen bekommen stets gut. Das Allgemeinbefinden war nie gestört.

Am 19. 2. trat bei demselben Kranken wieder ein kleiner Furunkel auf dem Kreuzbein auf, der nach Injektion von 1 Opson. I koupiert wurde. Bis jetzt ist der Kranke rezidivfrei geblieben.

F a l l 2. G. (Paralyse in Remission). 40 Jahre alt.

16. 12. 11. Markstückgroßer Furunkel am rechten Unterschenkel, ohne Einschmelzung; Injektion von ½ ccm Opson. I.

18. 12. 11. Die Entzündungserscheinungen gehen zurück.

21. 12. 11. Injektion von 1 ccm Opson. I. Weiteres Schwinden der Entzündungserscheinungen.

28. 12. 11. Injektion von 1 ccm Opson. I.

Am Tage darauf stärkere Rötung und kleiner Bläschenausschlag um das Gebiet des Furunkels. Allgemeinbefinden gut. Temperatur 37°—37,8.° Urin frei. Wegen Verdacht auf stärkere negative Phase erst am 4. 1. 12 wieder ½ ccm Opson. I. Der Inhalt der Bläschen wird eitrig.

10. 1. 12. 1 ccm Opson. I. Befund unverändert.

22. 1. 12. 1 ccm. Opson. I.

29. 1. 12. 0,4 ccm Opson. II = 200 Millionen Staphylokokken.

5. 2. 12. 1 ccm Opson. I.

9. 2. 12. Der Unterschenkel ist frei von allen Entzündungserscheinungen.

13. 2. 12. 1 ccm Opson. I.

19. 2. 12. 1 ccm Opson. I.

Der Kranke ist bis jetzt geheilt.

F a l l 3. Z. (Dementia paranoides), 62 Jahre alt.

16. 12. 11. Umschriebene, fast handtellergroße, harte, schmerzhafte Schwellung und Rötung unter dem linken Schulterblatt. Temp. 37,6°. Injektion von ½ ccm Opson. I.

18. 12. 11. Die Entzündung schreitet nicht fort; verkleinert sich eher.

20. 12. 11. Aus der Höhe der noch harten Schwellung mehrere kleine Öffnungen, aus denen trübseröse Flüssigkeit heraussickert.

21. 12. 11. Injektion von 1 ccm Opson. I.

Vom 22. 12. bleibt die Temperatur, die zwischen 37,2°—38,2° geschwankt hatte, unter 37,0°, die Schwellung verkleinert sich deutlich, wird weich und sondert ganz erhebliche Mengen Eiter ab (zweimaliger Verbandwechsel am Tage).

28. 12. 11. Injektion von 1 ccm Opson. I.

Nur noch ganz geringe Eiterabsonderung.

4. 1. 12. ½ ccm. Opson. I. Der Abszeß sondert nicht mehr ab, ist völlig entzündungsfrei. Auf dem linken Oberarm kleiner beginnender Furunkel.

10. 1. 12. Der Abszeß ist verheilt. Der Furunkel am Oberarm zurückgebildet.



14. 1. 12. 3 kleine Furunkel auf der linken Hüfte. 1 ccm Opson. I. Am 17. ist alles ohne Eiterung verheilt.

Der Kranke hat die Behandlung ohne Störung des Allgemeinbefindens überstanden und ist bis jetzt geheilt.

Fall 4. S. (Katatonie), 21 Jahre alt.

Dreimarkstückgroßer Furunkel am linken Unterschenkel, seit 2 Tagen eitrige Einschmelzung. Injektion von ½ ccm Opson. I. Am Tage darauf kein Eiter mehr, am nächsten Tage Heilung mit minimalster Narbe. Am 4. 1. 12 ½ ccm Opson. I. Nie Störung des Allgemeinbefindens, Fieber oder Eiweiß. Bisher kein Rückfall.

Fall 5. H. (Dementia praecox), 33 Jahre alt.

6. 1. 12. In den Schamhaaren beginnender Furunkel: Injektion von ½ ccm Opson. I. Nach 2 Tagen nichts mehr vom Furunkel zu sehen.

10. 1. 12. Injektion von 1 ccm Opson. I. Nie Störung des Allgemeinbefindens, Fieber oder Eiweiß. Bisher kein Rückfall.

Fall 6. B. (Paralyse), 38 Jahre alt.

15. 1. 12. Furunkel auf dem linken Knie mit handbreiter Induration, kein Eiter. ½ ccm Opson. I. Am nächsten Tage Eiterdurchbruch; am 4. Tage frei von Entzündungserscheinungen; am 27. kleine feste Narbe.

29. 1. 12. 0,2 ccm Opson. II = 100 Millionen Staphylokokken. Am 5. 2. beginnender Furunkel auf der Außenseite des linken Kniegelenks: 1 ccm Opson. I. Nach 3 Tagen ist die Haut glatt.

13. 2. 12. 1 ccm Opson. I.

17. 2. 12. Drei neue kleine Furunkel auf der Außenseite beider Oberschenkel; kein Eiter: 1 ccm Opson. I. Nach 24 Stunden Schwinden aller Entzündungserscheinungen.

24. 2. 12. ⅔ ccm Opson. I. Nie Störung des Allgemeinbefindens, Fieber, nie Eiweiß. Pat. blieb frei von Furunkeln bis 16. 3. 12.

Fall 7. V. (Dementia praecox), 36 Jahre alt.

15. 1. 12. Furunkel auf der Innenseite des linken Oberschenkels im Entstehen: ½ ccm Opson. I. Nach 24 Stunden Zurückbildung.

22. 1. 12. ½ cm Opson. I.

5. 2. 12. Neue entzündliche Schwellung und Rötung auf der alten Stelle: 1 ccm Opson. I. Nach 2 Tagen wieder verschwunden.

13. 2. 12. 1 ccm Opson. I. Nie Störung des Allgemeinbefindens, Fieber oder Eiweiß. Pat. ist bisher geheilt.

Fall 8. P. (Dementia praecox), 45 Jahre alt.

18. 1. 12. Furunkel im Nacken, keine Einschmelzung: ½ ccm Opson. I.

19. 1. 12. Furunkel verkleinert sich, auf der Höhe geringe seröse Absonderung.

22. 1. 12. 1 ccm Opson. I. Furunkel abgeheilt, Haut blaß, keine Narbe.



24. 1. 12. 1 ccm Opson. I. Nie Störung des Allgemeinbefindens, Fieber oder Eiweiß. Bisher kein Rückfall.

Fall 9. Schl. (Katatonie), 26 Jahre alt.

26. 1. 12. Je ein etwa fünfmarkstückgroßer Furunkel auf rechter Wange und linker Halsseite; derbes Infiltrat, Ödem der Augenlider rechts: ½ ccm Opson. I. Am nächsten Tage deutlicher Nachlaß der Entzündungserscheinungen; das Infiltrat verteilt sich. Das Ödem ist beseitigt. Nach weiteren 3 Tagen Heilung, glatte, blasse Haut; nach 8 Wochen Rezidiv.

Fall 10. F. (Dementia praecox), 24 Jahre alt.

5. 2. 12. Hühnereigroßer Furunkel am rechten Unterschenkel, kein Eiter: ½ ccm Opson. I. Am 6. 2. reichlich Eiter; am 8. 2. Aufhören der Eiterung.

10. 2. 12. Heilung.

13. 2. 12. Markstückgroßer Furunkel auf der linken Gesäßbacke: 1 ccm Opson. I. Tags darauf Verteilung, nach 3 Tagen Heilung.

17. 2. 12. 1 ccm Opson. I.

24. 2. 12. 1 ccm. Opson. I. Nie Störung des Allgemeinbefindens, Fieber oder Eiweiß. Nach 5 Wochen Rezidiv.

Fall 11. Z. (Katatonie), 27 Jahre alt.

Auf beiden Schultern je ein Furunkel, der rechts in Vereiterung: ⅓ ccm Opson. I. Nach 24 Stunden ist der vereiterte Furunkel völlig trocken, der andere geht zurück.

13. 2. 12. ⅔ ccm Opson. I. Glatte Heilung.

19. 2. 12. 1 ccm Opson. I. Die Injektionen wurden gut vertragen. nie Fieber, nie Eiweiß.

16. 3. 12. Rezidiv.

Fall 12. St. (Paralyse), 41 Jahre alt.

8. 2. 12. Auf dem rechten Schulterblatt Furunkel in Abszedierung übergehend, mit handtellergroßem Infiltrat: ⅓ ccm Opson. I.

9. 2. 12. Das Infiltrat verkleinert sich, aus der Öffnung viel Eiter und nekrotische Gewebstücke. Am 9. abends Temp. 39,1°, am 10. früh 38,2°, abends 37,8°, von da ab unter 37,0°.

13. 2. 12. ⅔ ccm Opson. I. Erhebliche Verkleinerung des Abszesses, noch eitrige Absonderung.

17. 2. 12. 1 ccm Opson. I. Auf der Brust zwei kleine Furunkel.

24. 2. 12. 1 ccm Opson. I. Brustfurunkel koupiert. Der Abszeß sondert noch wenig ab, bedeutender Hautdefekt, der aus der Tiefe zu. granuliert.

16. 3. 12. Pat. bekommt eine Reihe neuer Geschwüre, die als syphilitische angesprochen werden. Die vorübergehende Temperatursteigerung führe ich nicht auf die Injektionen zurück, sondern fasse sie als paralytische auf, wie sie der Kranke häufig schon vor der Behandlung sowie auch nachher noch gehabt hat. Störung des Allgemeinbefindens sowie Eiweiß im Urin wurde nicht beobachtet. Pat. ist inzwischen an Paralyse zugrunde gegangen.



der Verwendung der von *Strubell* empfohlenen individuellen Vakzine [1]) mehr erreicht hätte.

Bezüglich des zweiten Patienten möchte ich bemerken, daß er der einzige ist, dem die Injektionen anfangs nicht gut bekamen; es handelt sich bei ihm um einen Degenerierten mit stark hysterischem Einschlag; die von ihm geäußerten subjektiven Beschwerden, der objektiv nicht die Erscheinungen einer verstärkten negativen Phase entsprachen, finden in seiner psychopathischen Konstitution ihre Erklärung; es gelang denn auch bald, nachdem er den Wunsch auf Einstellung der Kur geäußert, unter dem Hinweis auf die „Neuigkeit" des Verfahrens, sein Interesse zu erregen und damit die Fortsetzung der Kur zu erreichen.

Ich lasse die Krankengeschichten kurz folgen:

Fall 1. G. (Dementia praecox), 22 Jahre alt.

Seit längerer Zeit bestehende Acne vulgaris im Gesicht, Nacken und auf der Brust; im Gesicht frisch entzündete Knötchen.

30. 12. 11. ½ ccm Opson. I.

4. 1. 12. ½ ccm Opson. I.

10. 1. 12. 1 ccm Opson. I. Gesicht und Nacken glatt.

22. 1. 12, 5. 2. 12, 13. 2. 12 je 1 ccm Opson. I.

Pat. hatte noch einmal ein vorübergehendes Knötchen auf der Brust am 5. 2. Seitdem ist er geheilt, selbst die im Gesicht vorhandenen alten narbigen Infiltrate sind völlig verschwunden.

Fall 2. M. (Hysterie), 38 Jahre alt. Acne vulgaris.

Auf Brust und Rücken eine Unmenge alter indurierter Aknenarben, einige frisch entzündete Knötchen. Markstückgroßer Furunkel hinter dem linken Ohr, beginnende Einschmelzung.

15. 12. 11. ½ ccm Opson. I. Abends Appetitlosigkeit, kein Fieber, Urin frei.

18. 12. 11. Mit Abnahme des Verbandes fällt ein zentraler Pfropf heraus, kein Eiter weiter.

20. 12. 11. Furunkel abgeheilt.

21. 12. 11. 1 ccm Opson. I.

22. 12. 11. Allgemeine Mattigkeit und Appetitlosigkeit. Kein Fieber, keine sonstigen Erscheinungen. Akne unbeeinflußt.

28. 12. 11. 1 ccm Opson. I. Die Injektion bekommt gut. Noch Neigung zu neuen Aknepusteln.

4. 1. 12, 10. 1. 12 je 1 ccm Opson. I

29. 1. 12. 0,4 ccm Opson. II = 200 Millionen Staphylokokken.

5. 2. 12, 13. 2. 12 je 1 ccm Opson. I. Seit 13. 2. keine neuen Knötchen mehr.

[1]) D. med. Wschr. 1910, S. 841.

Fall 2. R. (Katatonie), 26 Jahre alt.

Seit einem Jahre an Furunkulose leidend, läßt keine Verbände sitzen, schmiert mit Eiter.

21. 12. 11. Eine Reihe von kleinen Furunkeln an beiden Unterschenkeln: ½ ccm Opson. I.

25. 12. 11. Die alten Furunkel sind ohne Eiterung geheilt, neue im Entstehen.

28. 12. 11. 1 ccm Opson. I. —
4. 1. 12. 1 ccm Opson. I. —
10. 1. 12. 1 ccm Opson. I. —
} Immer noch Neigung zu Furunkeln am Rumpf und unteren Gliedmaßen.

26. 1. 12. ¼ ccm Opson. II = 125 Millionen Staphylokokken. Pat. ist zum erstenmal ohne Furunkel.

4. 2. 12. Neue hühnereigroße entzündliche Schwellung am rechten Unterschenkel.

5. 2. 12. 1 ccm Opson. I. Zurückbildung des Furunkels.

13. 2. 12. 1 ccm Opson. I.
19. 2. 12. 1 ccm Opson. I.
26. 2. 12. 1 ccm Opson. I.
} Frei von neuen Erscheinungen.

Nach 5 Wochen der erste Furunkel wieder, seitdem mehrere.

Fall 3. S. (Imbezillität), 26 Jahre alt.

21. 12. 11. Furunkulose am linken Unterschenkel, kleinapfelgroßer Furunkel auf dem Kreuzbein, kein Eiter. Temp. 38,0°. ½ ccm Opson. I.

22. 12. 11. Furunkel auf dem Kreuzbein bildet sich zurück.

23. 12. 11. Haut über dem Kreuzbein völlig glatt. Temperaturen haben 38,0° nicht wieder erreicht.

28. 12. 11. 1 ccm Opson. I. Die kleinen Furunkel am linken Unterschenkel ohne Eiterung geheilt; auf der Brust neue im Entstehen.

4. 1. 12. 1 ccm Opson. I. Neuer Furunkel auf dem linken Schienbein.

8. 1. 12. Desgleichen auf der linken Hinterbacke.

10. 1. 12. 1 ccm Opson. I.

22. I. 12. 1 ccm Opson. I. Die neu entstandenen Furunkel gehen stets ohne Eiterung zurück, an anderer Stelle entstehen neue.

29. 1. 12. 0,4 ccm Opson. II = 200 Millionen Staphylokokken. Vier neue kleine Furunkel.

5. 2. 12. 1 ½ ccm Opson. I. Ist frei von Furunkeln.

13. 2. 12, 17. 2. 12, 24. 2. 12 je 1 ccm Opson. I.

Nach 7 Tagen das erste Rezidiv.

Von den 3 Fällen chronischer Akne gelang es mir, einen zu heilen; der zweite ist erheblich gebessert; bei dem dritten — einem Kollegen an der hiesigen Anstalt, der seit Jahren immer wieder neu empfohlene Mittel ohne Erfolg versuchte — gelang es mir auch mit Opsonogen nicht, eine auch nur vorübergehende Besserung zu erzielen; ich glaube, der letztere wäre ein Fall, bei dem man mit

Sein Hauptvorzug besteht in der Abkürzung des Verlaufs und in der Vermeidung des chirurgischen Eingriffes. Besonders angebracht dürfte es dort sein, wo die lokale Behandlung aus irgendwelchen Gründen erschwert ist; letztere kann ganz unterbleiben oder braucht sich nur auf die Anlegung von Schutzverbänden zu erstrecken.

So in die Augen springend der Erfolg bei den akut furunkulösen Prozessen war, um so auffallender und vollständiger mißlang mir der Versuch, bei den chronischen Prozessen eine länger dauernde Immunisierung zu erreichen. Daraus muß man aber noch keineswegs deren Unmöglichkeit folgern, da meine Erfahrungen sich auf eine zu kleine Zahl von Fällen und auch wohl auf eine zu kurze Behandlungsdauer erstrecken.

Ich hoffe, sie späterhin noch weiter ausdehnen zu können. Ich habe nach den gemachten Erfahrungen das Gefühl, als sei der Weg der Immunisierung durch Staphylokokken der richtige.

Für die Praxis aurea wird sich bei hartnäckigen Fällen ein Versuch mit der individuellen Vakzine empfehlen.

Schließlich muß ich noch ein Bedenken mitteilen:

Daß der verhältnismäßig hohe Preis des Opsonogens einer allgemeinen Verbreitung hindernd werden könne, besonders da in der Mehrzahl der Fälle eine ganze Reihe ven Injektionen nötig ist. Die Empfehlung der Gebrauchsanweisung, die nicht völlig entleerten Ampullen zuzuschmelzen, hat sich mir nicht bewährt; entweder zersprangen die Gläschen, oder es blieb eine kleine Öffnung bestehen.

Meine Veröffentlichung würde ihren Zweck erreicht haben, wenn sie zu weiterer, ausgiebiger und vielseitiger Nachprüfung des Verfahrens angeregt haben sollte.

Nachtrag: Auf Grund der kürzlichen Veröffentlichungen sowie meiner eigenen Erfahrungen werde ich die Versuche fortsetzen und dabei auch mein Augenmerk auf die von *v. Einsiedel* gemachte Beobachtung der günstigen Wirkung des Opsonogens auf das psychische Verhalten der Kranken richten.

Literatur.

Strubell, D. med. Wschr. 1909, Nr. 6, S. 242; 1910, Nr. 18, S. 838.
Luther, Psych.-neurol. Wschr. 1912, Nr. 25, S. 285.
v. Einsiedel, D. med. Wschr. 1912, Nr. 42, S. 1976.
Orwall Smilly, Journ. of Amer. Assoc. 27. April 1912.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Deutscher Verein für Psychiatrie.

Sitzung der Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge

am 29. Mai 1912 in Hamburg, Anstalt Friedrichsberg.

Anwesend: *Tuczek* (Vorsitzender), *Alt, Anton, Kluge, Möller, Weygandt.*

Tagesordnung: 1. *Kluge*: Über die Ermittlung der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge und die zur Unterbringung und Behandlung derselben bestimmten Einrichtungen.

2. *Möller*: Mitteilungen aus dem Hilfsschulwesen.

3. *Weygandt*: a) Dresdener Ausstellung. b) Projektiertes Haus für Jugendliche in Hamburg. c) Neuerungen betr. Idiotenfürsorge in Bayern.

4. Mitteilungen: Berichte und Versammlungen, Tagungen.

5. Anregungen für künftige Referate; Besprechung über etwa zu beschickende Versammlungen.

6. Antrag betr. Zuwahl eines Mitgliedes der Kommission.

Zu 1. *Kluge* berichtet über die Ergebnisse eines Rundschreibens, das vom Vorstande des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tages in Gestalt eines von ihm ausgearbeiteten Fragebogens an sämtliche Ministerien bzw. Kommunalverbände der deutschen Bundesstaaten ergangen ist zum Zwecke der Feststellung, inwieweit bisher den Wünschen und Forderungen nach einer praktischen Mitarbeit des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung Rechnung getragen worden ist; speziell, wie sich die psychiatrische Untersuchung der Zöglinge vor und nach der Überweisung in die Fürsorgeerziehung gestaltet hat, ob Beobachtungsstationen eingeführt sind, ob Sonderabteilungen oder -anstalten für psychopathische Zöglinge bestehen oder geplant sind, wie hoch der Prozentsatz der als psychisch abnorm zu erachtenden Zöglinge auch mit Rücksicht auf deren Unterbringung in diesen Sonder- und Zwischenanstalten berechnet wird, welcher Art die Versorgung der schwachsinnigen, epileptischen und geisteskranken Zöglinge ist, und wie hoch sich die Prozentzahlen dieser einzelnen Kate-

gorien stellen, welche Erfahrungen ferner mit der Entmündigung aus der Fürsorgeerziehung ausscheidender psychisch abnormer Zöglinge gemacht worden sind, und wie viele frühere Zöglinge nach Ablauf der Fürsorgeerziehung in Anstalten für Idioten, Epileptiker und Geisteskranke aufzunehmen waren. Es ließ sich aus den eingegangenen Antworten erkennen, daß in Preußen, Königreich Sachsen und Hamburg die praktische Verwirklichung der von psychiatrischer Seite angeregten Bestrebungen mehr und mehr in Fluß gekommen ist, freilich ohne daß schon überall klare Ziele ins Auge genommen wären, und ohne daß es bisher zu einer einheitlichen Auffassung gekommen wäre. Am weitesten war man in der praktischen Durchführung der ärztlicherseits als wünschenswert und notwendig erkannten Einrichtungen, besonders bezüglich der psychiatrischen Untersuchung, der Beobachtung und der Unterbringung pathologischer Fälle in Brandenburg, Hannover, Ostpreußen und Hessen-Nassau vorangekommen; Pommern, Westphalen, Posen und Westpreußen hatten ernstere Anläufe genommen, die anderen Provinzen waren noch mehr oder weniger unschlüssig. Hamburg hatte auch bereits erfreuliche Erfolge zu verzeichnen, und in Sachsen geht man in einzelnen Verbänden an den planmäßigen Ausbau der in Frage stehenden Bestrebungen. Ein lebhaftes Interesse besteht auch in Baden, Württemberg und Bayern; die kleineren Staaten kommen naturgemäß erst nur sehr zögernd diesen Tendenzen entgegen, schon aus äußeren und finanziellen Gründen. Ein zusammenfassender und eingehender Bericht wird in der *Vogt-Weygandt*schen Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns gegeben werden.

Alt wies auf den hohen Prozentsatz der syphilitischen weiblichen Zöglinge hin, auch der hereditär luischen. Eine psychiatrische Untersuchung aller Fürsorgezöglinge wird nach seiner Ansicht nicht möglich sein.

2. *Möller* berichtete über die Entwicklung des Hilfsschulwesens und über die Mitarbeit des Psychiaters bei dieser besonderen Jugendfürsorge. Hier ist die intensivere und klarer abgegrenzte Mitwirkung des psychiatrisch durchgebildeten Schularztes noch dringend nötig. Wie sehr es hieran mangelt, lassen die in den Hilfsschulen eingeführten Fragebögen oder die noch vorliegenden Entwürfe derselben zu einem großen Teile klar erkennen. Das rein pädagogische und schultechnische Moment ist in der großen Mehrzahl derselben noch zu sehr in den Vordergrund gestellt; die ärztlicherseits zu machenden Angaben sind mit jenen zu sehr verquickt, werden nicht selten auch mit von den Pädagogen erstattet, leiden an Unklarheit und zeigen auch bezüglich der Anamnese vereinzelt ganz schiefe Auffassungen. Brauchbarere Fragebögen liegen von Meiningen und Alsterdorf vor; auch der Berkhan-Kielhornsche kommt den ärztlichen Anforderungen weiter entgegen; der Charlottenburger zeichnet sich durch gute Trennung des ärztlichen von dem pädagogischen Gebiete aus, ist aber für die ärztlicherseits zu berücksichtigenden Gesichtspunkte zu kurz;

der Düsseldorfer erscheint allzu wissenschaftlich gehalten; die von Breslau. Hamburg und Frankfurt a. M. eingeführten Fragebogen dagegen entsprechen im großen ganzen den zu stellenden Anforderungen. Erneut muß darauf hingewiesen werden, daß der nichtärztliche Begutachter krankhafter Geisteszustände des Schülers hier viel Schaden anrichten kann, und daß nach Möglichkeit die Schulärzte aus den Kreisen der Psychiater genommen werden sollten. *Alt* hält die Errichtung von Zentren für notwendig, an denen die Hilfsschullehrer eine spezielle Ausbildung erhalten. Ein solcher erster Versuch könnte wohl in Uchtspringe angestellt werden, wo die Methodik des Schwachsinnigenunterrichtes genügend ausgebildet und zu einem gewissen Abschluß gekommen sei. Die von ihm gewünschte Förderung dieses Planes wird in Aussicht gestellt. *Weygandt* tritt für eine nachhaltige Begünstigung des *Sickinger*schen Prinzips ein. *Anton* und *Möller* werden an die Bearbeitung eines Fragebogens für die Hilfsschullehrer gehen; *Alt* will hierzu bei den einzelnen Schuldeputationen die jetzt gebräuchlichen Fragebögen einholen.

3. a) *Weygandt* kommt auf die Dresdener Hygieneausstellung zu sprechen, seitens derer die Kommission zur Beteiligung angegangen war. Eine Ausstellung von Pfleglingsarbeiten war von den Potsdamer Provinzialanstalten veranstaltet worden, deren Güte auch durch Verkleinerungsversuche seitens einzelner pädagogischer Kreise nicht hatte in Frage gezogen werden können.

b) An der Irrenanstalt Friedrichsberg wird demnächst ein Haus für Jugendliche errichtet werden, in welchem einmal die psychisch zweifelhaften Fälle der der öffentlichen Fürsorge übergebenen Knaben und Mädchen einer eingehenden Beobachtung unterworfen werden sollen, und in welchem auch die schwereren Fälle aus den Alsterdorfer Anstalten und die ein besonderes wissenschaftliches Interesse darbietenden Krankheitsfälle jugendlicher Individuen einer Behandlung unterzogen werden sollen.

c) Die Anstalt Eglfing in Bayern hat bereits eine besondere Abteilung für Jugendliche erhalten, die zunächst zur Feststellung des Geisteszustandes schwachsinniger Kinder ausersehen ist.

5. *Alt* hat an der Konferenz des Vereins für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher in Bielefeld teilgenommen und kann über die in versöhnlichem Geiste und unter Anerkennung der psychiatrischen Leistungen erfolgten Ausführungen berichten, denen er dort begegnet sei. Er empfiehlt die dort an ihn ergangene Aufforderung nach einer größeren Anteilnahme des Psychiaters an den Arbeiten dieser Vereinigung der wohlwollenden Beachtung.

Für wünschenswert wird es gehalten, auf dem Internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Moskau vertreten zu sein. Es wird empfohlen, über die Fürsorgeerziehung referieren zu lassen, und *Kluge* stellt ein diesbezügliches Referat in Aussicht. Auch wird beschlossen, für die nächstjährige Jahresversammlung des Deutschen Vereins für

Psychiatrie das Thema der Fürsorgeerziehung wieder zur Behandlung anzuempfehlen. Über die Beschickung des in Frankfurt a. M. zusammentretenden Jugendgerichts-Tages wird eine endgültige Entscheidung noch nicht getroffen.

An die Sitzung schloß sich eine Demonstration der reichhaltigen Friedrichsberger pathologisch-anatomischen Sammlung von Gehirnen, Schädeln und Mulagen von Menschen und Tieren und die Vorführung einer Reihe von Kranken mit psychischen und somatischen Entwicklungsanomalien schwerer und seltener Art. *Kluge.*

---

139. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin

am 14. Dezember 1912.

Anwesend: *Adam*-Buch, *Ascher*-,*Benda*-Berlin, *Berg*-Wuhlgarten, *Birnbaum*-Buch, *Borchardt*-Berlin a. G., *Eicke*-Buch, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Finckh*-Nordend, *Forster*-Berlin, Frau Dr. *Geheeb-Lieberknecht*-Lichterfelde, *Hänisch* - Berlin, *Hagedorn* - Lichtenberg, *Hasse* - Lichtenberg, *Hebold*-Wuhlgarten, *Heine* - Dalldorf, *Klipstein* - Lichtenberg, *Knörr*-Teupitz, *Kramer*-Berlin a. G., *Kurtz*-Wuhlgarten, *Kuzinsky*- Berlin a. G., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Leubuscher*-Hoppegarten, *v. Leupoldt*-Teupitz a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Marcuse*-Lichtenberg, *Matthies*-Wuhlgarten, *Moeli*-Lichtenberg, *Neuendorff*-Bernburg, *Oestreicher*-Nordend, *Rauch*-Neuruppin a. G., *Richter*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Sander*-Lichtenrade, *Schlockow*-Wuhlgarten, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schmitz*-Neuruppin, *Seelert*-Berlin, *Sklarek*-Buch, *Spliedt*-Waldfrieden, *Vieregge*-Lichtenberg, *Waldschmidt*-Nikolassee, *Weiler*-Westend, *Werner*-Buch, *Westphal*-Wuhlgarten.

Der Vorsitzende teilt mit, daß der Verein bei der Hundertjahrfeier der Landesanstalt Sorau durch *Zinn*-Eberswalde vertreten worden ist, der die Glückwünsche des Vereins übermittelte.

Bonhoeffer-Berlin demonstriert unter Hinweis auf die erste Demonstration dieser Erkrankung durch *Ziehen* in dieser Gesellschaft [1]) einen 12 jährigen jüdischen Kranken mit Torsionsspasmus.

Der Kranke befindet sich dauernd in kniender Stellung mit einer Lordose der Bauchwirbelsäule von wechselnder Intensität. Es besteht gleichzeitig eine dauernde Bewegungsunruhe, die an der rechten oberen Extremität ausgesprochenen athetotischen Charakter hat, im übrigen die Rumpfpartien und die proximalen Teile der Glieder stärker beteiligt. Die Haut über der Kniescheibe ist infolge der knienden Habitualstellung

[1]) S. diese Ztschr. Bd. 68, S. 281.

und der Bewegungsunruhe stark verdickt. Die Bewegungsstörung tritt besonders deutlich zutage, wenn man den Kranken gewaltsam aus seiner Habitualstellung herausbringt, ihn nötigt, sich hinzulegen, oder ihn zum Gehen zu veranlassen und auf die Füße zu stellen versucht. Die Spontanbewegungen nehmen dann zu; sie zeigen den ausgesprochenen Charakter tonischer Spasmen, die zu eigenartigen Verdrehungen des Rumpfes und starker Zunahme der Lordose führen und vom Pat. als sehr unangenehme Spannung empfunden werden. Der Kranke ist außerstande, zu gehen, zu sitzen und Rücken- oder Seitenlage einzunehmen. Frei ist die Gesichtsmuskulatur. Im Schlaf sistieren die Bewegungen, während die kniende Stellung beibehalten wird: der Kranke sinkt beim Einschlafen in kniender Stellung zusammen. Erregung und Anspannung der Aufmerksamkeit hat eine Zunahme der Spontanbewegungen zur Folge. Die Prüfung der Reflexe und der passiven Beweglichkeit an den unteren Extremitäten ist wegen der tonisierenden Spontanbewegungen kaum möglich. Doch gelingt es gelegentlich, die Patellarreflexe und den linken Achillessehnenreflex auszulösen. Es finden sich keine Reflexstörungen, die auf eine Pyramidenbahnläsion hinweisen. Auffällig ist die Schlaffheit und Überstreckbarkeit der Fingergelenke, insbesondere an der r. Hand. Der Kranke ist von guter Intelligenz, leichter Auffassung und, wenn er in seiner Habitualstellung gelassen wird, von guter Stimmung. Er leidet subjektiv offenbar wenig unter der Bewegungsunruhe. Nur wenn er aus seiner Stellung gebracht wird, werden ihm anscheinend die Spannungsgefühle, die durch die gewaltsamen tonischen Streckungen der Wirbelsäule bedingt sind, sehr lästig.

Was den Verlauf der Erkrankung anlangt, so besteht sie im ganzen seit etwa 3 Jahren und soll mit Zittern in der r. Hand begonnen und allmählich zugenommen haben. Vorangegangen war eine leichte Verletzung des Fußes, zweimal scheinen kurze Intermissionen dagewesen zu sein, und wie der Schilderung *Flataus*, der den Befund bei dem Kranken im vorigen Jahre ausführlich beschrieb (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 7, S. 586), zu entnehmen ist, besteht auch insofern keine gleichmäßige Progression, als Muskelgebiete, die damals besonders stark befallen waren, jetzt freier sind und umgekehrt. Eine Verschlimmerung seit jener Zeit besteht unzweifelhaft, insofern die Fähigkeit zu gehen, stehen, sitzen und liegen verloren gegangen ist.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es sich um die zuerst von *Ziehen* als Torsionsneurose beschriebene Erkrankung handelt. Wie in den bisher beschriebenen Fällen handelt es sich um ein Kind jüdischer Herkunft.

Gegen die schon von *Ziehen* als nur vorläufig bezeichnete Benennung Torsionsneurose haben sich *Oppenheim* und neuerdings *Flatau* gewandt, vor allem, weil das Wort Neurose eine Aussage über den lediglich funktionellen Charakter der Störung enthält, während sie eine organische Erkrankung für vorliegend halten.



Auch der Vortragende hält eine organische Grundlage der Erkrankung für wahrscheinlich. Die Gleichartigkeit und der zunehmende Charakter der Störung durch Monate und Jahre hindurch, das Fehlen jeder Suggestibilität und emotional bedingter körperlicher Störungen spricht gegen die hysterische Natur.

An eine Verwandtschaft mit den choreatisch-athetotischen Störungen läßt denken die deutliche Hypotonie in den Gelenken der Finger der r. Hand, das Aufhören der Bewegungsstörung im Schlaf, die Zunahme bei Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit und die indifferente Affektlage gegenüber der Motilitätsstörung. Unterscheidend gegenüber der doppelseitigen Athetose ist das Fehlen der Beteiligung des Gesichts und jeder Andeutung von Pyramidensymptomen.

Hebold-Wuhlgarten stellt einen 13 jährigen Knaben mit Naevus vasculosus der l. Gesichtshälfte vor, bei dem gleichzeitig eine rechtseitige zerebrale Kinderlähmung mit Epilepsie vorliegt. An der Hand von 3 gleichen Fällen, die zur Sektion kommen, weist er darauf hin, daß dem Gehirnleiden eine der Seite des Naevus entsprechende Hypoplasie des Gehirns als Folge eines Hämangioms zugrunde liegt, und daß der Beginn dieses Krankheitsvorgangs in eine frühere Zeit der embryonalen Entwicklung zurückzuverlegen ist. Das die Naevi des Gesichts meist linkseitig sind, bringt er in Zusammenhang mit der verschiedenen Entwicklung der Blutgefäße auf beiden Seiten.

Forster-Berlin stellt einen Patienten vor, der das Bild der zirkumskripten Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee (nach *Wernicke*s Nomenklatur) darbietet. Es handelt sich um einen Vizefeldwebel, der gelegentlich seiner Beförderung zum Zahlmeister von Metz nach Mörchingen versetzt werden sollte. Er hielt das für eine Zurücksetzung und verzichtete auf die Beförderung. Er glaubte, sein Major habe die Versetzung nicht verhindert, weil er etwas gegen ihn habe. Er nahm nun 3000 M. aus der Kasse und brachte diese in Metz irgendwo in Sicherheit. Pat. gibt an, dies getan zu haben, damit die ganze Sache der Versetzung aufgerollt würde und er durchsetzen könne, in Metz befördert zu werden. Es wurde ein Verfahren wegen Unterschlagung gegen den Patienten eingeleitet. Pat. behauptet, daß der Untersuchungsrichter ihn zu einer falschen Aussage habe nötigen wollen, und strengte eine Beschwerde nach der andern in dieser Angelegenheit an immer höheren Orten an. Er wurde dann zur Untersuchung seines Geisteszustandes ärztlich beobachtet und für nicht zurechnungsfähig erklärt. Auch in einem Obergutachten von 3 höheren Militärärzten wurde er für geisteskrank erklärt. Er wurde darauf vom Dienst entlassen und unter Pflegschaft gestellt. Auf Grund eines ärztlichen Attestes wurde Pat. auf seine Beschwerde als geschäftsfähig erklärt. Pat. erreichte darauf, daß er schließlich zur Beobachtung in die Charitee kam, er wollte erreichen,

ier für geistesgesund erklärt zu werden; wenn er dies Ziel erreicht habe, werde er auch die 3000 M. zurückgeben. Jetzt könne er das noch nicht, denn er müsse mit den 3000 M. noch einen Druck ausüben, falls, was er nicht glaube, die Ärzte ihn hier nicht für geistesgesund erklären wollten.

Pat. schildert seine Erlebnisse mit großem Affekt. Er zeigt auch das Mißtrauen, wie wir es regelmäßig bei derartigen Kranken finden. Er glaubt, die Ärzte haben ihr Gutachten gegen besseres Wissen abgegeben, der Major wolle ihm nicht wohl, die Richter seien nicht unparteiisch gewesen usw.

Wenn wir diesen Affekt analysieren, so sehen wir, daß der Affekt sich keineswegs, wie immer angenommen wird, aus zwei Komponenten zusammensetzt, aus Vorstellungsreihen und einem daran geknüpften Affekt des Mißtrauens, des Interesses usw., sondern daß der Affekt nur und allein aus Vorstellungen und ihren körperlichen Begleiterscheinungen besteht. Das affektvolle Erlebnis des Versetztwerdens ist nur deshalb für den Pat. affektvoll, weil sich eine Reihe von Vorstellungen an dieses Erlebnis knüpfen. Pat. hat sich für sehr tüchtig gehalten, er glaubt, in der Stellung, in der er bisher tätig war, sehr Gutes geleistet zu haben usw. Aber diese Vorstellungen sind es nicht allein. Wir hören von ihm, daß er mit seinem früheren Vorgesetzten, dem Oberzahlmeister, schon einmal einen Konflikt gehabt hat, weil dieser eine von ihm verfertigte Mobilmachungsarbeit für ungenügend erklärt hatte. Der Oberst habe sich darüber noch gefreut und gesagt: „Der hat so wie so immer so'n großes Maul, es ist ganz gut, daß der auch mal etwas verkehrt macht.“ Auf die Beschwerde des Pat. sei ihm aber recht gegeben worden, und der Oberst habe dem Major dienstlich mitteilen müssen, daß ihm ungerechtfertigterweise von dem Oberzahlmeister Vorwürfe gemacht worden seien. Seit dieser Zeit wolle ihm der Major nicht mehr wohl, und er habe schon gleich geahnt, wie es kommen werde, als seine Beförderung zum Zahlmeister herannahte.

Wir sehen also, daß hier nicht ein primärer Affekt vorliegt, sondern daß das ganze Interesse an dem Verbleiben im Regiment und das Mißtrauen gegen den Major restlos in einzelne Vorstellungen aufgelöst werden kann, daß für einen Affekt an sich nichts übrig bleibt. Ebenso ist es bei der weiteren Entwicklung der überwertigen Idee. Sowohl sein Kampf um die Versetzungsangelegenheit wie späterhin sein Interesse an der angeblichen Nötigung zu einer falschen Aussage sowie jetzt sein Eifer, seine Gesunderklärung zu erreichen, kann restlos in Vorstellungsreihen aufgelöst werden, ohne daß es notwendig wäre, einen Affekt an sich, der mit diesen Vorstellungen verknüpft wäre, zu postulieren. Auch das subjektive Gefühl des Pat. entspricht diesen Anschauungen: obwohl er im lebhaftesten Affekte spricht, bestreitet er durchaus, leidenschaftlich oder erregt zu sein. Er sei rein sachlich. Er habe ja für alles seine Gründe. Als Beweis für die Richtigkeit der Anschauungen des Vortragenden kann das subjektive Empfinden des Pat. natürlich nicht angeführt werden.

Es widerlegt nur die so oft geäußerte Meinung, daß das subjektive Empfinden absolut sicher das Vorhandensein eines primären Affektes beweise.

Wenn wir andere Kranke analysieren, bei denen Affekte im Krankheitsbild eine große Rolle spielen, so läßt sich auch dort regelmäßig der Affekt in die Vorstellungsreihen zerlegen, ohne daß es jemals nötig wäre, die Hypothese eines sogenannten primären Affektes aufzustellen. „Das Primäre" besteht lediglich darin, daß es unverständlich ist, warum bei dem Pat. ohne äußere Ursache diese den Affekt bedingenden Vorstellungsreihen auftauchen, warum z. B. bei einer Depression nun allerlei traurige Vorstellungen assoziiert werden, während dies sonst nicht der Fall ist. Die Angaben der Patienten, daß sie traurig sind und nicht wissen, warum, beweist natürlich nichts für einen primären Affekt, da 1. die Vorstellungsreihen nicht in Worte gefaßt oder in Worten gedacht werden und deshalb den Pat. oft nicht klar sind, und andererseits diese Äußerung so aufgefaßt werden muß, daß die Patienten meinen, „ich habe immer traurige Vorstellungen und weiß nicht, warum".

Bei dem hier vorgestellten Kranken ist die restlose Auflösung des Affektes in Vorstellungen besonders klar und beweisend.

Früher wurden solche Patienten als reine Paranoia simplex zu den unheilbaren Geisteskranken gerechnet und dann stets progressiver Verlauf angenommen. Schon *Wernicke* hat jedoch darauf aufmerksam gemacht, daß dies nicht richtig ist, sondern daß die Patienten, wenn sie in andere Lebensbedingungen kommen, das affektvolle Erlebnis überwinden und dann wieder völlig normal erscheinen können. Eine Korrektur pflegt allerdings nicht einzutreten. Sie halten alle ihre früheren Angaben noch aufrecht, wenn man sie ihnen vorhält. Von selbst kommen sie nicht mehr darauf zu sprechen, sie interessieren sich nicht mehr dafür, d. h. sie denken nicht mehr daran, „der Affekt ist abgeblaßt", wie man dann unrichtig zu sagen pflegt.

Auch von unserem Patienten können wir diesen Verlauf erhoffen.

Es muß noch kurz Stellung dazu genommen werden, ob diese Fälle auch zu jenen Fällen von Paranoia gehören, für die *Specht* eine Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein annahm. Dies muß bestritten werden. Diese Fälle von überwertiger Idee haben mit den *Specht*schen Fällen nichts zu tun. Sie gehören vielmehr in die große Gruppe der Dégénérés, bei denen das gehobene Selbstbewußtsein und die lebhafte Gedankentätigkeit sehr leicht, wenn ihnen irgend etwas Unrechtes widerfahren zu sein scheint, Vorstellungsreihen, die zur überwertigen Idee führen können, auslösen. Manisch-depressive Züge bieten solche Patienten nicht. Bei unserem Patienten hat die Vorgeschichte nichts für eine manisch-depressive Veranlagung ergeben, allerdings auch nichts Sicheres für eine psychopathische Veranlagung. Aus seinen eigenen Äußerungen geht jedoch hervor, daß er von jeher für etwas absonderlich und großspurig, stark selbstbewußt gegolten hat.

Diskussion. — *H. Liepmann*-Dalldorf wendet sich gegen des Vortragenden Annahme, daß Gemütsbewegungen sich restlos in Vorstellungen auflösen lassen. Angst ist nicht identisch mit Vorstellungen von Gefahr, die in gewissen Fällen auch ohne Gemütsbewegung bestehen können. Was die Angst zur Angst macht, ist die mit den Vorstellungen verbundene subjektive Reaktion, welche die Psychologie eben Gefühl nennt. Das Gefühl ist nicht, wie die Vorstellung, Baustein des Objektiven. Gemütsbewegungen sind komplexe Vorgänge, in die Gefühle und Vorstellungen eingehen. Wenn übrigens prinzipiell Affekte sich in Vorstellungen auflösen ließen, so brauchte man gar nicht an dem einzelnen Fall erweisen, daß Vorstellungen bei ihm das Entscheidende sind.

Obgleich *L.* durchaus nicht annimmt, daß das Gros der Querulanten zu den Manischen gehört, so könne er doch nicht zugestehen, daß ihr Gefühlsleben normal sei. Wenn auch dieser Patient selbst meine, nur von objektiven Gründen geleitet zu werden, so könne doch eine abnorm starke und nachhaltige Gefühlsreaktion auf die erfahrene Zurücksetzung eine entscheidende Rolle spielen. In seinem offenbar gesteigerten Selbstgefühl, in der Meinung sich beeinträchtigt zu sehen und der Erregung am Schluß der Demonstration treten doch unverkennbare affektive Momente hervor.

Kutzinski-Berlin: Ungewöhnlicher Verlauf eklamptischer Delirien.

Fall 1. Pat. H. ist eine 25 jährige Primipara.

Aus der Vorgeschichte ist zu erwähnen, daß ein Stiefbruder der Mutter in der Irrenanstalt gewesen sein soll, sonst keine Belastung, Kindheitsgeschichte ohne Besonderheiten. 5 Monate vor ihrer Erkrankung starb ihr Mann an Phtisis. Am 15. Juli 1912 fand die Geburt statt. Anfänglich war die Gravidität normal, am Ende traten Ödeme auf. Der Urin enthielt reichlich Albumen. Während der Entbindung ein eklamptischer Anfall. Daher wurde sofortige Zangengeburt eingeleitet. Wochenbett bis zum 25. Juni ungestört, kein Fieber, keine Anfälle. Am 26. Juni früh setzten Verfolgungsideen ein; sie hörte Stimmen und verübte einen Suizidversuch. Dabei zog sie sich eine Verletzung der Bauchdecken zu. Als sie uns zugeführt wurde, äußerte sie delirante Vorstellungen. Sie beklagte sich, daß kein Mensch ihr glaube; sie sei ganz verpestet, alle fielen schon um. Der Arzt schwitze schon, weil sie so stinke. Sie sei keine Wöchnerin, sie ärgere hier nur die Leute, sie gehöre zum Schinder. Sie verlangte Milch, damit ihr der Bauch platze. Sie sei keine Frau, sondern eine von der Straße. Sie gehöre nicht in das Bett, weil sie nicht in den Wochen liege. Sie liege schon 14 Tage und kriege kein Kind. Dann traten neben den Beachtungs- auch Versündigungsvorstellungen auf. Sie müsse aufs Schaffott, sie habe ihren Mann schlecht behandelt. Sie sei eine Mörderin. Zeitlich ist sie nicht völlig orientiert. Sie schätzt die Dauer ihres Aufenthaltes in der

Klinik falsch ein. Sie verkennt die Umgebung. Die Oberpflegerin bezeichnet sie als Hebamme. Die Pflegerinnen und die Kranken seien verkleidete Männer, die Perrücken aufhaben. Vereinzelte Äußerungen weisen auf Akoasmen hin, wie: sie habe gehört, daß ihr die Hände abgehackt werden sollen, man habe von Hexe geredet. Der Gesichtsausdruck ist dauernd ratlos ängstlich. Die Angstäußerungen zeigen einen einförmigen. ziemlich unproduktiven Charakter. Sie hat weder Krankheits- noch Insuffizienzgefühl. Die Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit ist herabgesetzt, die Auffassung verlangsamt. Ihre Angaben macht sie langsam. erst nach einigem Besinnen. Ihr motorisches Verhalten ist wechselnd. Bald drängst sie ängstlich heraus, bald bleibt sie apathisch liegen und spricht nicht spontan. Einmal hat sie auch hier ein Suizid versucht. Primäre motorische Symptome wurden nicht beobachtet. Die körperliche Untersuchung war o. B. Anfänglich hatte sie täglich erhöhte Temperaturen, die zwischen 37,5 und 38,7° schwankten und durch die Bauchwunde verursacht wurden. Der Urin enthielt noch längere Zeit bis zu ½ ‰ Albumen. Im Sediment waren Zylinder nicht nachweisbar. Nach 14 Tagen trat eine Thrombophlebitis auf. Psychisch blieb Pat. unverändert. Als sie im August bereits lange fieberfrei war, zeigte sie sich stark gehemmt, hielt den Kopf dauernd in unbequemer Haltung, verkannte auch die Situation im Sinne ihrer Angstvorstellungen. Hier sei das Polizeipräsidium. Der Schlaf ist schlecht; das Gewicht zeigt noch immer eine Abnahme.

Dieses Zustandsbild ändert sich Mitte September dahin, daß Pat. sich dauernd orientiert zeigt und an Gewicht zunimmt. Auch die Erinnerung an den Suizidversuch ist erhalten. Es besteht noch der ängstliche Affekt und die früheren depressiven Vorstellungen. Die Hemmung ist unverändert deutlich ausgesprochen, dabei zeigt Pat. aber kein Gefühl der Denkerschwerung und kein Krankheitsbewußtsein. In diesem Zustande wurde sie am 10. Oktober von den Angehörigen abgeholt. Bei der Entlassung enthielt der Urin noch immer ½ ‰ Albumen.

Zu Hause war sie noch einige Zeit leicht ängstlich. Retrospektiv gibt sie folgendes an: Sie fühle sich schon seit Wochen ziemlich gesund. Der Zustand habe mit Angst und Stimmen begonnen. Es war, als wenn die Stimmen erwarteten, daß sie aus dem Fenster springen sollte. Sie entsinnt sich ihrer Verkennungen, daß sie im Untersuchungsgefängnis zu sein glaubte. Berichtet von vielen Wahnvorstellungen wie: die Welt ginge unter, sie sei der Antichrist, die Eltern müßten sterben, sie habe ihren Mann umgebracht. Sie entsinnt sich, daß sie im September orientiert war. Auf die Frage, warum sie so wenig gesprochen habe, antwortet sie: „Na, was sollte ich denn sagen?“ Räumt ein, heftige Angstaffekte gehabt zu haben. Zeigt jetzt Krankheitseinsicht, berichtet mit lebhaftem Affekt. Äußert den Wunsch, sich zu beschäftigen, bietet keine Zeichen der emotionellen oder intellektuellen Schwäche.

Betrachtet man den ersten Teil des Krankheitsverlaufs und berücksichtigt man, daß der Zustand im Anschluß an eklamptische Anfälle auf-

getreten ist, so macht die Beurteilung keine Schwierigkeiten. Die Desorientierung, der ängstlich ratlose Affekt, die Verlangsamung des Vorstellungsablaufes, die Neigung zu Beeinträchtigungsvorstellungen, alle diese Momente scheinen dafür zu sprechen, daß es sich um ein symptomatisches Zustandsbild handelt. Auch die im Vordergrunde stehenden depressiven Vorstellungen brauchen uns daran nicht irre zu machen. Auffällig ist aber die vielmonatige Dauer der Erkrankung. Im allgemeinen pflegen eklamptische Delirien einige Wochen, höchstens wenige Monate zu dauern. Es ist auch bemerkenswert, daß der symptomatische Charakter bereits seit August verloren gegangen ist. Pat. bot seitdem keine Zeichen von Benommenheit und Desorientierung. Im Vordergrunde während des zweiten Stadiums standen vielmehr: der depressiv-ängstliche Affekt, die depressiven Vorstellungen und die Hemmungen. Man könnte also annehmen, daß es sich um einen Depressionszustand handelt, den die durch die Eklampsie gesetzte Intoxikation ausgelöst hat. Die Intoxikation würde dann auch erklären, daß anfänglich eine Störung der Besonnenheit bestanden hat. Auffällig ist dann aber, daß das Krankheitsgefühl gefehlt hat. Das alles brauchte aber nicht entscheidend zu sein; was die Annahme eines Depressionszustandes immerhin noch zweifelhaft macht, ist das Fehlen aller Heredität und aller sonstigen Antezedentien, die auf einen endogenen Prozeß hinweisen. Andererseits erscheint es auch nicht gerechtfertigt, bei dem guten Abklingen des Zustandes, bei der jetzt vorhandenen Einsicht und der lebhaften Affektlage anzunehmen, daß es sich um eine durch die Eklampsie ausgelöste Katatonie gehandelt hat. Die depressive Stimmung hat doch die Grundlage des Zustandes abgegeben.

Es ist ja bekannt, daß endogene Psychosen sich häufig an akute Infektionen anschließen. Zuweilen pflegt die Infektionskrankheit während einer schon bestehenden oder im Beginn befindlichen psychischen Erkrankung aufzutreten. Im vorliegenden Falle scheint eine solche durch die eklamptische Noxe ausgelöst zu sein. Es wäre auch möglich, daß es sich um das zufällige Zusammentreffen eines eklamptischen Deliriums und einer bereits kurz vorher begonnenen endogenen Depression gehandelt hat. Dagegen spricht aber, wie betont wurde, die Tatsache, daß weder Pat. noch ihre Angehörigen etwas über vorher aufgetretene Symptome berichten. Auch der Arzt des Wöchnerinnenheims bezeichnet den Zustand als normal, alle Zeichen von Depression und Unruhe fehlten. Unter den von *Bonhoeffer*, *Heilbronner*, *Westphal* und mir beobachteten Eklampsiefällen habe ich keinen gefunden, der einen ähnlichen Verlauf genommen hätte. Auch daß die Eklampsie eine Depression ausgelöst hat, ist meines Wissens nicht näher bekannt. Daß übrigens das anfängliche Fieber irgendwelchen nennenswerten Einfluß an der Entstehung des Zustandes gehabt hat, ist nicht anzunehmen. Wir wissen ja, daß selbst bei fortbestehendem Fieber delirante Zustände abklingen, und daß umgekehrt diese auch nach dem Schwinden des Fiebers noch andauern können.



Vortr. kommt demnach zu dem Schluß, daß es sich bei der Pat. vielleicht um ein abnorm verlaufendes eklamptisches Delirium gehandelt hat, daß aber auch die Annahme eines endogenen, durch die Intoxikation ausgelösten Prozesses sehr in Erwägung zu ziehen ist.

Fall 2: Hier handelt es sich um eine 18 jährige Primipara. Vorgeschichte ist ohne Besonderheiten, keine Heredität, normale Kindheit, hat gut gelernt, niemals Absonderlichkeiten, soll immer etwas faselig gewesen sein, dabei tüchtig im Schneidern. Stimmung meist lustig, von Krampfanfällen nichts bekannt. Keine sonstigen epileptischen Antezedentien. Am Ende der Schwangerschaft Ödem und Albumen. Am 31. Januar Spontangeburt eines lebenden Kindes. Danach 7 Anfälle. Eiweißgehalt beträgt zunächst 8‰ und sinkt in 2 Tagen auf 3,5‰. Am 4. Februar wird Pat. unruhig, will das Kind „herausdrücken". Darauf zu uns verlegt. Bei der am 4. Februar erfolgten Aufnahme antwortete sie nicht, sprach viel vor sich hin, sie weiß nicht, ob sie im Krankenhause sei. Hält die Oberpflegerin für ihre Großmutter, weiß nicht, daß sie entbunden ist, ob ihr Kind lebt, schreit nach ihrem Manne, hält den Arzt für den Mann. Bald will sie auf dem Gericht sein, bald wieder in der Charitee. Das Datum wird falsch angegeben. Es besteht eine starke motorische Unruhe. Diese wird zuweilen durch kurzdauernde akinetische Zustände abgelöst. Frühzeitig tritt Urinverhaltung und Einnässen auf. Die Affektlage ist schwankend, aber überwiegend ängstlich. Es bestanden in den ersten 8 Tagen Temperatursteigerungen, die auf eine Cystitis zurückzuführen sind. Schon in den ersten Tagen des Zustandes fällt es auf, daß oft Verbigerationen auftraten. Daneben besteht eine schwere Inkohärenz. Über Halluzinationen war nichts Bestimmtes von ihr zu erfahren. Nach 14 Tagen setzte ein Stuporzustand ein. Auf Fragen erfolgten weder sprachliche noch mimische Reaktionen. Sie nimmt längere Zeit komplizierte, unbequeme Stellungen ein. Aufforderungen werden gar nicht oder unvollständig befolgt. Gelegentlich echolalisch. Dauernd Einnässen. Oft rhythmische Bewegungen des Rumpfes, liegt meist mit geschlossenen Augen im Bett; wenn sie überhaupt antwortet, geschieht es nur in einzelnen Worten, niemals in Sätzen, zeigt sich im allgemeinen orientiert. Gelegentlich antwortet sie nur in Flüstersprache. Dabei stumpfe Affektlage. Halluzinationen und Wahnvorstellungen werden nicht geäußert. Auch als eine geringe Besserung des Zustandes mit Zunahme des Gewichtes eintritt, fehlt der Pat. jede Initiative. In die Mitte des Zimmers gestellt, bleibt sie ruhig stehen. Eine Banane, von der sie schon abgebissen hat, behält sie immer noch regunglos in der Hand. Gegen ärztlichen Rat wurde die Kranke abgeholt. Nach Bericht des Mannes soll sie einen Tag nach der Entlassung spontan gearbeitet haben, war reizbarer und zerstreuter als vor der Erkrankung. Retrospektiv gibt sie an, daß sie sich ihrer Desorientierung erinnert. Es besteht Amnesie für den Rededrang und die Urinverhaltung. Sie gibt zu, die Stimme ihres Mannes gehört

zu haben. Auch an die später aufgetretenen katatonischen Symptome hat sie Erinnerung. Sagt selbst, sie wußte nicht, wie sie dazu gekommen sei. „Es sei ganz von selbst gekommen." Sie weiß, daß sie nach der ruhigen Abteilung verlegt wurde und dort völlig orientiert war. Jetzt hat sie Krankheitseinsicht, hält sich für völlig gesund, führt ihre Arbeiten wie früher aus.

Als häufigste Form einer exogenen Erkrankung kennen wir ja die Delirien, die epileptiformen Zustände, die bald mehr den Charakter der angstvoll phantastischen oder der motorischen Erregung tragen. Bald handelt es sich um stuporöse Dämmerzustände oder um katatonische Amentiabilder. Diese Symptomenkomplexe sind aus ihrer psychischen Symptomatologie allein nicht zu erkennen und als symptomatisch zu beurteilen. Nur die Berücksichtigung der Ätiologie und des Verlaufes der Nebenumstände kann Klarheit schaffen.

In diesem zweiten Falle handelt es sich um ein delirant beginnendes Zustandsbild, dem aber von vornherein viele katatonische Symptome beigemischt waren. Trotz Abklingen des deliranten Zustandes bleibt ein ausgesprochen katatonischer Stupor monatelang bestehen. Auch zurzeit findet man noch leichte Zeichen der Schwäche, die sich in der Reizbarkeit und erhöhten Zerstreutheit äußert. Während nun in Fall 1 gerade die ausgesprochene kontinuierliche Depression auf den e n d o g e n e n Faktor hinzuweisen scheint, konnte das im zweiten Falle beobachtete katatonische Bild auch als exogener Symptomenkomplex aufgefaßt werden. Man könnte also annehmen, daß es sich um einen durch die Eklampsienoxe verursachten langdauernden Katatonenkomplex handelte. Ich möchte hier auf die gelegentliche Bemerkung *Bonhoeffer*s hinweisen, daß gerade epileptische und katatonische Zustände symptomatisch auftreten. Bei beiden Krankheitsformen hat man ja wiederholt angenommen, daß es sich um Intoxikationsvorgänge infolge Stoffwechselstörungen handelt.

Bezüglich des zweiten Falles ist nun als auffällig zu bemerken, daß der Verlauf sich über viele Monate erstreckt. Es wäre daher möglich, daß es sich um eine zufällige Komplikation zwischen Eklampsie und Katatonie gehandelt hat. Für diese Auffassung spricht vielleicht der Umstand, daß Zeichen von Benommenheit und Verwirrtheit n u r in den ersten Wochen des Prozesses beobachtet wurden. In diesem wie im ersten Falle wird sich eine sichere Deutung des Krankheitsbildes nicht geben lassen. Immerhin scheint es gerechtfertigt, auch im zweiten Falle die Möglichkeit eines abnorm langdauernden symptomatischen Zustandes in Erwägung zu ziehen.

Seelert demonstriert einen Kranken mit p a r a n o i s c h e m Z u s t a n d s b i l d a u f m a n i s c h - d e p r e s s i v e r G r u n d l a g e. Der 39 Jahre alte Photograph F. S. wurde im Oktober 1912 nach einem Suizidversuch, bei dem er sich mehrere Wunden an den Handgelenken beigebracht hatte, in die Klinik aufgenommen. Das Motiv des Suizidversuches



war seine Überzeugung, daß er seine Ehre verloren und nicht mehr die Berechtigung zum Weiterleben habe. Diese Überzeugung habe er aus der Beobachtung gewonnen, daß er von allen Leuten verachtet und verspottet werde.

Während er sich früher des Wohlwollens und der Achtung seiner Mitbürger erfreute, sei es ihm im Juli 1912 aufgefallen, daß diese ihr Verhalten gegen ihn änderten. Sie zogen sich von ihm zurück, grüßten ihn nicht mehr so freundlich wie vorher, sahen ihn mitleidig und verächtlich an. Aus ihren Mienen, ihren Bewegungen habe er gemerkt, daß sie Äußerungen machten, die sich auf ihn bezogen. Schließlich habe er diese Zurücksetzung nicht mehr ertragen und seinen Heimatort verlassen. Auch in W. habe er bemerkt, daß die Leute über ihn unterrichtet waren. Als er im Hotel kein Zimmer erhielt, habe er geglaubt, er sei bereits von seinem Heimatorte telephonisch denunziert worden.

Er hielt sich dann vorübergehend in andern Städten auf, hat auch kurze Zeit wieder als Photograph gearbeitet, bis ihn eine neue Fülle von affektbetonten Beobachtungen wieder zum Weiterreisen veranlaßte. Er habe gemerkt, daß die Polizei ihn ständig unter Beobachtung hielt. Er habe herausgefunden, daß sein seit Jahren bestehendes Blasenleiden (Harnröhrenstriktur) für Syphilis und übertragungsfähig gehalten wurde. Überall hat man ihm weitere Existenzberechtigung abgesprochen, wünschte seinen Tod. Wohin er auch kommt, überall ist das Verhalten der Menschen gegen ihn das gleiche; sie seien eben telephonisch vorher über ihn unterrichtet worden. Vereinzelte Beziehungsvorstellungen in Form von Gehörshalluzinationen.

Seine Stimmung ist verzweifelt, hoffnungslos, ständig plagen ihn Suizidgedanken. Daneben besteht aber doch noch immer der Wunsch und die Hoffnung, seine Lage zu ändern. Er unternimmt Schritte dazu, erhält eine ärztliche Bescheinigung, daß er nicht syphilitisch krank ist, will damit zur Polizei gehen, schiebt es von einem zum andern Tage auf, denn wieder kommen die Zweifel: die wissen es doch besser, die haben die Gewißheit. Er versucht, sich durch Arbeit, durch Gedanken an die frühere schöne Vergangenheit, an Sachen, die ihn früher interessiert und begeistert haben, von seinen quälenden Grübeleien abzulenken; es gelingt nicht. Er fühlt, daß sein Seelenzustand ein völlig anderer geworden ist: er ist seelisch getötet, die Hirntätigkeit ist eine fieberhafte, der Gedankengang ist ein anderer. „Ein Chaos von Gedanken, ein Durcheinanderhetzen und -jagen von Gedanken." Er hat keine Freude mehr am Leben, kein Interesse mehr an Theater und Musik, die ihn früher interessieren und begeistern konnten.

Er fühlt sich dauernd matt und schlapp, knüpft hieran hypochondrische Vorstellungen, hält sich für unheilbar krank, für syphilitisch. Akzeptiert daher zum Teil den Inhalt der wahnhaften Beeinträchtigungsvorstellungen, glaubt die Gleichberechtigung mit andern Menschen verloren



zu haben, hält aber doch die Ausstoßung aus der menschlichen Gesellschaft für zu hart. Mischung von Schuldgefühl und Ablehnung der Schuldvorstellungen beherrschen zeitweise seinen Gedankeninhalt.

Auch in der Klinik anfangs Eigenbeziehungen und Mißdeutungen. Er werde verächtlich angesehen, die Pfleger machen eigenartige Handbewegungen. In der Stimmungslage ist tiefe Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung vorherrschend, daneben keimt gelegentlich Hoffnung auf Möglichkeit einer Änderung seiner Lage auf. Neue Wahnvorstellungen werden nicht produziert, auch die vorher gebildeten nicht weiter ausgebaut, diese bestehen aber doch mit gleicher Affektbetonung fort. Grübeleien über die Zukunft, Suizidgedanken beherrschen den Vorstellungsinhalt, treten vielleicht in der letzten Zeit der achtwöchigen Behandlung in der Klinik ein wenig zurück, es erwacht wieder ein leises Interesse für Lektüre und Kunst. Der Kranke fühlt sich wieder sicherer, hat ein wenig mehr Selbstvertrauen. Das Körpergewicht ist um 3 kg gestiegen, während des ganzen Verlaufs der Krankheit Neigung zu Obstipation.

Aus den anamnestischen Angaben des Kranken und eines Bruders haben wir erfahren, daß ein Bruder der Mutter im 50. Jahre psychotisch, wohl mit hypochondrischen Vorstellungen erkrankte und im Krankenhause starb. Der Pat. wird als ein ruhiger, sachlicher, energischer, selbstbewußter und heiterer Mensch geschildert; niemals sollen sich irgendwelche Neigungen zu Mißtrauen bei ihm vor der Erkrankung gezeigt haben. Er hat einen weitgehenden Interessenkreis gehabt, war begeistert für Theater und Musik, las gern und viel, sang, auch öffentlich in geselligen Vereinen. Niemals Alkoholabusus.

Anfang des 20. Lebensjahres Gonorrhoe. Einige Jahre später Harnröhrenstriktur, Mai 1911 deswegen operiert, Besserung, doch nicht Aufhören der Beschwerden. Schon vor und seit Operation subjektives Befinden, vielleicht parallel mit körperlichen Beschwerden, schwankend, viel Gedanken über körperliches Leiden, bis dann Juli 1912 akut die Psychose einsetzt.

Alle Symptome des Zustandsbildes, auch der Beziehungswahn, lassen sich bei Annahme einer manisch-depressiven Erkrankung verstehen. Dem entsprechen auch Vorgeschichte und bisheriger Verlauf. Eine progressive paranoide Psychose ist wegen der ständigen Einheitlichkeit zwischen Affekt, Vorstellungsinhalt und Handeln und wegen des absoluten Fehlens jeglicher katatonen Symptome nicht anzunehmen.

Es liegt nahe, in dem Charakter des Kranken die manisch-depressive Veranlagung zu sehen. Während der körperlichen Erkrankung beginnen viele Grübeleien über den Zustand und Zukunft. Stimmung wird schwankend. Dann setzt akut die depressive Verstimmung mit Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins im Sinne des Kleinheitswahns ein. Die Vorstellungen der persönlichen Minderwertigkeit, des Mangels an Gleichberechtigung mit andern Menschen nehmen bei dem Pat. eine solche In-



tensität, eine solche Affektbetonung an, daß sie den Bewußtseinsinhalt vollständig beherrschen und richtunggebend werden für die Auffassung des Verhaltens anderer Menschen. Die Entstehung der Eigenbeziehungen, der wahnhaften Mißdeutungen auf dieser affektiven Grundlage ist verständlich. In dem teilweisen Akzeptieren des Inhalts der Beeinträchtigungsvorstellungen, dem eine gewisse Berechtigung entsprechend dem Gefühl der persönlichen Minderwertigkeit nicht aberkannt wird, zeigt sich ihre Genese auf der Grundlage des depressiven Affektes.

Daneben bestehen Erscheinungen, die auf die manische Komponente der Erkrankung zu beziehen sind. In der Motilität ist nichts von motorischer Hemmung. Die Bewegungen sind flott, die Sprechweise lebhaft und fließend, dem entsprechen die mimischen Bewegungen. Die Affektlage ist nicht eine rein depressive. Neben der tiefen Verzweiflung bricht doch immer wieder mal die Hoffnung, der Wunsch, die Situation zu ändern, hindurch. „Es ist ein ständiger Kampf zwischen Hoffnung und zwischen Verzweiflung, aber die Verzweiflung hat immer die Oberhand." In dem Jagen, dem Hetzen der Gedanken erkennen wir das manische Element auf assoziativem Gebiete, daneben zeigt sich wieder das depressive in dem Haften des gleichen depressiven Gedankeninhaltes und der erschwerten Ablenkbarkeit durch äußere Vorgänge.

In der Mischung von Schuldgefühl und gleichzeitigem Ankämpfen gegen die Schuldvorstellungen kommt zum Ausdruck, daß der depressive Affekt nicht rein ist. *Hans Laehr.*

Kleinere Mitteilungen.

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 15. u. 16. Mai 1913 in Breslau stattfinden. Es sind zwei Referate vorgesehen: 1. *Bleuler*-Zürich u. *Hoche*-Freiburg: Der Wert der Psychoanalyse; 2. *Stier*-Berlin u. *Mönkemöller*-Hildesheim: Psychiatrie u. Fürsorgeerziehung. Ferner sind folgende Vorträge bisher angemeldet: 1. *Starlinger*-Mauer-Öhling (auf Veranlassung des Vorstandes): Über die zweckmäßige Größe von Anstalten für Geisteskranke; 2. *Reichardt*-Würzburg: Physikalische Hirnuntersuchung an der Leiche; 3. *Weygandt*-Hamburg: Über Infantilismus u. Idiotie; 4. *Bischoff*-Langenhorn: Die Bedeutung des Dekubitus in der modernen Anstaltsbehandlung; 5. *Alzheimer*-Breslau: Zur pathologischen Anatomie der Dem. praecox; 6. *Kirchberg*-Frankfurt a. M.: Zur Lehre von den Kinderpsychosen; 7. *Berger*-Jena: Zur Paranoiafrage; 8. *v. Nießl-Mayendorf*-Leipzig: Wege u. Ziele einer topographischen Histopathologie der Großhirnrinde; 9. *Wegener*-Jena: Die Serodiagnostik nach *Abderhalden* in der Psychiatrie; 10. *Weber*-Chemnitz: Anatomische Befunde bei akuten Psychosen; 11. *Klieneberger*-Königsberg: Über Dämmerzustände; 12. *Chotzen*-Breslau: Über Intelligenzprüfungen an Kindern nach der Methode von *Binet* und *Simon*. Anmeldung weiterer Vorträge erbeten an Dr. *Hans Laehr*, Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Der vom Deutschen Verein für Psychiatrie veranstaltete Fortbildungskurs für Psychiater wird vom 6. bis 25. Oktober 1913 in Berlin stattfinden. Es sind wie in den letzten Jahren 20 Stunden für Nervenheilkunde, 20 für Hygiene, 16 für pathologische Anatomie, 14 für Chirurgie und 12 Stunden für innere Medizin in Aussicht genommen. Anmeldungen u. Anfragen erbeten an Dr. *Hans Laehr*, Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Vom 16. Februar bis 8. März 1914 findet an der psychiatrischen Klinik in München der nächste psychiatrische Fortbildungskurs statt. Als Dozenten beteiligen sich die Herren: *Allers:* Chemische Pathologie und Diäto-Therapie der Psychosen; *Brodmann*-

Tübingen: Topographische Histologie der Großhirnrinde. *Isserlin:* Experimentelle Psychologie. Psychotherapie. *Kraepelin:* Psychiatrische Klinik. *Liepmann*-Berlin: Über aphasische, agnostische und apraktische Störungen. *Plaut:* Liquor- und Serumuntersuchungen. Demonstrationen zur forensischen Psychiatrie, einschließlich der psychiatrischen Jugendfürsorge. *Rüdin:* Entartung und Vererbung geistiger Störungen. *Spielmeyer:* Anatomische Grundlagen der Geisteskrankheiten. *Weiler:* Psychopathologische Untersuchungsmethoden. — Zahl der Vorlesungsstunden etwa 100. Honorar 61 M. Anmeldungen an Priv.-Doz. Oberarzt Dr. *Rüdin*, München, Nußbaumstraße 7. — Im Herbst 1913 findet kein Fortbildungskurs statt.

Gesetz, über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken im Kgr. Sachsen. Vom 12. November 1912. (Ges.- u. Verordn.-Bl. S. 483.)

Wir, Friedrich August,... verordnen mit Zustimmung Unserer getreuen Stände, was folgt:

§ 1. Die Landesanstalten haben alle erwachsenen Geisteskranken, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen, und deren Unterbringung ein sächsischer Ortsarmenverband in Erfüllung seiner armenrechtlichen Verpflichtung oder eine sächsische Gemeinde aus besonderen sachlichen Gründen beantragt, aufzunehmen und so lange zu verpflegen, als die eben angegebenen Voraussetzungen dauern.

Geisteskrank im Sinne dieses Gesetzes sind auch die Epileptischen, soweit sie zu den gewalttätigen epileptisch Irren zu zählen sind.

§ 2. Die Ortsarmenverbände und Gemeinden haben, bevor sie den Antrag auf Unterbringung stellen, ein ärztliches Gutachten einzuholen, in zweifelhaften Fällen das Gutachten des Bezirksarztes.

Über die Aufnahme entscheidet die Anstaltsdirektion. Eine Ablehnung hat sie zu begründen. Über die Beschwerde hiergegen befindet die für den Ortsarmenverband oder die Gemeinde zuständige Kreishauptmannschaft. Die Beschwerde ist auch zulässig, wenn die Anstaltsdirektion beschlossen hat, den Kranken zu entlassen. Eine solche Entlassung ist ebenfalls zu begründen.

Die Beschwerde ist binnen einer Woche nach der Bescheidung des Ortsarmenverbandes oder der Gemeinde zu erheben und hat aufschiebende Wirkung, wenn sie sich gegen eine Entlassung richtet.

Die Entscheidung der Kreishauptmannschaft ist endgültig.

§ 3. Im Falle der Selbstzahlung sind die Anstaltskosten von den Aufgenommenen und, soweit deren Mittel nicht ausreichen, von den Personen zu entrichten, die nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts unterhaltpflichtig sind.

Bis zur Beibringung eines anderen Zahlers ist der Landesanstalt gegenüber zunächst der Armenverband oder die Gemeinde, welche die

ufnahme herbeigeführt oder sonst die Zahlungsverbindlichkeit übernommen hat, sodann derjenige Armenverband zahlungspflichtig, der nach en armenrechtlichen Vorschriften für den Kranken zu sorgen hat.

§ 4. Für die sächsischen Ortsarmenverbände, soweit ihnen die Untertützung eines Kranken vorläufig oder endgültig obliegt, und für die ächsischen Gemeinden besteht der gleiche Verpflegsatz. Dieser bemißt ich nach der Hälfte des Aufwandes, der, nach dem Durchschnitte des Gesamtaufwandes aller Landesirrenanstalten berechnet, auf einen Kranken ler billigsten Verpflegklasse täglich entfällt.

Die Höhe des Satzes macht das Ministerium des Innern mit der Maßgabe bekannt, daß er frühestens ein halbes Jahr nach der Veröffentlichung in Kraft tritt.

§ 5. Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1913 in Kraft, soweit nicht mit einzelnen Städten etwas anderes vereinbart worden ist.

Auf geisteskranke Verbrecher, die wegen ihrer Gewalttätigkeit der Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt bedürfen, findet das Gesetz schon vom 1. Januar 1913 an unbeschränkt Anwendung.

Mit der Ausführung des Gesetzes wird Unser Ministerium des Innern betraut, das auch in der bisherigen Weise Anstaltsordnungen zu erlassen und darin insbesondere die bei Aufnahme eines Kranken erforderlichen Unterlagen anzugeben hat.

Urkundlich haben Wir dieses Gesetz eigenhändig vollzogen und Unser Königliches Siegel beidrucken lassen.

Verordnung des Ministeriums des Innern zur Ausführung des Gesetzes über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken. Vom 12. November 1912. (Ges.- u. Verordn.-Bl. S. 484.)

§ 1. Das Gesetz bezweckt lediglich, das Verhältnis der Landesirrenanstalten zu den Ortsarmenverbänden und Gemeinden zu regeln; das Recht der Kranken und ihrer gesetzlichen Vertreter, der Aufnahme zu widersprechen oder die Entlassung zu verlangen, berührt es nicht.

Auch läßt es das Recht der Landesirrenanstalten unberührt, in anderen als den vom Gesetze bezeichneten Fällen Geisteskranke aufzunehmen.

§ 2. Die Gemeinden und Ortsarmenverbände bleiben verpflichtet, für Geisteskranke bis zur Entscheidung über deren Aufnahme ein angemessenes Unterkommen zu schaffen (zu vgl. die Instruktion zur Verordnung vom 23. August 1874, Ges.- u. Verordn.-Bl. S. 138). Die von den Bezirksverbänden ausgenommenen Städte haben außerdem für Fälle vorübergehender geistiger Erkrankung Stationen zu unterhalten.

Bevor das Gesetz in Kraft tritt, bestimmt die Direktion der zuständigen Landes-Heil- und -Pfleganstalt nach Gehör des beteiligten Bezirksarztes, wer von den Insassen einer Gemeinde- oder Bezirksanstalt unter das Gesetz fällt; nötigenfalls ist nach § 2 des Gesetzes zu verfahren.



§ 3. Das Gutachten, welches dem Aufnahmeantrage beizufügen ist, muß von einem staatlich approbierten Arzt ausgestellt sein und auf persönlicher Untersuchung beruhen. Es gilt vier Wochen vom Tage der Untersuchung an.

Sollen Kranke aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Leipzig in eine Landesanstalt überführt werden, so ersetzt das Gutachten, welches die Direktion der Klinik ausgestellt hat, das Gutachten des Bezirksarztes.

§ 4. Die Beschwerden an die Kreishauptmannschaft sind Eilsachen.

Die Kreishauptmannschaft entscheidet in kollegialer Zusammensetzung.

Braucht die Kreishauptmannschaft zur Vorbereitung ihrer Entscheidung das Gutachten eines weiteren Psychiaters, so hat dieses Gutachten das Reichsgesundheitsamt abzugeben.

§ 5. Beruht die Ablehnung der Anstaltsdirektion nur darauf, daß der Zustand des Aufzunehmenden Anlaß zu Zweifeln darüber bietet, ob die gesetzlichen Voraussetzungen zur Irrenanstaltspflege gegeben sind, so darf die Kreishauptmannschaft mit Zustimmung des Beteiligten oder seines gesetzlichen Vertreters eine Beobachtung in einer Landes-Heil- und -Pfleganstalt anordnen. Die Anstalt selbst bestimmt das Ministerium des Innern. Die Unterbringung darf höchstens drei Monate dauern. Innerhalb dieser Frist hat die Kreishauptmannschaft endgültig zu entscheiden.

§ 6. In anderen als den von § 2 des Gesetzes bezeichneten Beschwerdefällen steht den Beteiligten gegen Entschließungen der Anstaltsdirektionen die Beschwerde an das Ministerium des Innern zu.

§ 7. Bei der Unterbringung von Landarmen und in den Fällen von §§ 33, 60 des Unterstützungswohnsitzgesetzes haben die Kreishauptmannschaften in Vertretung des Landarmenverbandes (Staates) mit den Landesanstalten unmittelbar abzurechnen, unbeschadet ihres Rechts, auch in diesen Fällen Ortsarmenverbände mit Wahrnehmung der armenrechtlichen Fürsorge zu betrauen (§ 2 Abs. 2, § 6 der Verordnung vom 6. Juni 1871, Ges.- u. Verordn.-Bl. S. 82, § 2 Abs. 2 der Verordnung vom 15. Juni 1876, Ges.- u. Verordn.-Bl. S. 268.)

Für die auf Kosten des Landarmenverbandes oder des Staates untergebrachten Geisteskranken ist der gewöhnliche Verflegsatz zu entrichten. Die Ortsarmenverbände haften für den Schaden, der durch eine von ihnen verschuldete Verzögerung des Übernahmeverfahrens den Anstaltskassen erwächst.

§ 8. Unberührt bleibt das Recht der Landesanstalten, auch von anderen als den in § 3 des Gesetzes bezeichneten Personen, insbesondere von öffentlichen Kassen und Gesellschaften (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten), die Anstaltskosten erstattet zu verlangen.



Die vorläufige Zahlungspflicht der Armenverbände und Gemeinden ndert nichts an der Haftung des endgültigen Zahlers auch für diese Zeit.

§ 9. Der tägliche Verpflegsatz für die sächsischen Ortsarmenverbände nd Gemeinden beträgt vom Inkrafttreten des Gesetzes an bis auf weiteres ,25 M.

Bei Berechnung des dem Staat erwachsenden Aufwandes sind weder ie Summen, welche die großen Städte infolge der neuen Regelung der rrenanstaltsfürsorge zu zahlen haben, noch der gegenwärtige Wert der Anstalt Dösen anzusetzen, die mit dem Jahre 1913 in Staatsbesitz übergeht.

§ 10. Besonderer Verordnung bleibt es vorbehalten, eine vorläufige Ordnung für die Anstalt Dösen und eine gemeinsame Ordnung für alle Landesirrenanstalten zu erlassen.

§ 11. Das Gesetz tritt für die Städte
Leipzig am 1. Januar 1913,
Chemnitz spätestens am 1. April 1914,
Plauen und Zwickau am 1. April 1914,
Dresden am 1. April 1915
in Kraft.

Heilerziehungsheim Leipzig-Kleinmeusdorf. — Die wiederholt ausgesprochene, auf dem allgemeinen Fürsorgeerziehungstag zu Rostock 1910 einmütig gutgeheißene Forderung, für psychopathische Fürsorgezöglinge besondere Zwischenanstalten zu errichten, wird gegenwärtig in Leipzig erfüllt. Der Fürsorgeverband Leipzig baut in Kleinmeusdorf ein Heilerziehungsheim für 128 Zöglinge, das folgenden Zwecken dienen soll:

1. Möglichkeit der sofortigen Unterbringung jedes Minderjährigen, betreffs dessen Fürsorgeerziehung oder vorläufige Unterbringung (§ 6 F. E.) angeordnet worden ist.

2. Verteilung der Minderjährigen nach einheitlichen Grundsätzen (Überweisung zur Familienpflege, in das Krankenhaus, in Erziehungsanstalten und in das Heilerziehungsheim).

3. Psychiatrische Beobachtung und Untersuchung von Fürsorgezöglingen, die ihrer psychologischen Veranlagung wegen aus den Erziehungsanstalten zurückgegeben werden.

4. Behandlung und Erziehung besonders schwer erziehbarer, psychopathischer Fürsorgezöglinge unter ständiger ärztlicher, psychiatrischer Mitwirkung.

Die geplante Zwischenanstalt wird also nicht nur eine Stätte der Heilerziehung und Verwahrung, sondern auch ein Untersuchungs- und Beobachtungshaus und damit eine Durchgangs- und Verteilungsstelle möglichst für alle Fürsorgezöglinge des Verbandes darstellen. Sie wird erbaut auf dem 24 600 qm großen Gelände, das unmittelbar hinter der

Heilanstalt Dösen liegt, von wo aus sie jederzeit und ausreichend ärztlich versorgt werden kann. Am 13. Januar wurde die Grundsteinlegeung vollzogen. Zum Direktor der Anstalt ist der pädagogische Beirat des städtischen Fürsorgeamtes zu Dresden, Bürgerschullehrer Fr. Knauthe, berufen worden.

Die Vereinigung katholischer Seelsorger an Deutschen Heil- und Pflegeanstalten (E. V.) hielt ihre 3. Konferenz [1]) am 27. August 1912 zu Rottenmünster ab. Dr. Jg. *Familler*-Regensburg referierte de absolutione conditionata und über Grundzüge für die Dienstvorschriften der katholischen Hausgeistlichen an staatlichen Heil- und Pflegeanstalten. Im 2. Referat kommt Ref. zu folgenden Grundsätzen: „I. Die katholischen Hausgeistlichen an den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten sind den Ärzten koordinierte Staatsbeamte im Sinne des Gesetzes, und richtet sich ihre Ernennung, Gehaltsbezug und Quieszierung nach den Vorschriften des Gesetzes. Die kirchliche Admission wird von dem zuständigen bischöflichen Ordinariate erteilt. Gemäß dieser Doppelstellung ist auch bei der Festlegung der Dienstesvorschriften sowie bei deren etwaiger Änderung die weltliche und kirchliche Obrigkeit beteiligt. II. Die speziellen Anstaltsstatuten sowie die eigene Hausordnung sind von dem Hausgeistlichen bei Ausübung seines Amtes zu berücksichtigen, und nur der ärztliche Vorstand der Anstalt ist in bezug auf Anstalts- und Amtsangelegenheiten sein unmittelbarer Vorgesetzter. III. Die besondere Aufgabe und Pflicht des Hausgeistlichen ist: a) die genaue Erfüllung der rein kirchlichen Aufgaben besonders bei Abhaltung der Gottesdienste und Spendung der hl. Sakramente; b) die spezielle Seelsorge bei den Kranken und die moralische Förderung des Pflegepersonals; c) die Mitarbeit an der psychischen Behandlung und Führung der Kranken; d) Wahrnehmung des wissenschaftlichen Interesses an Psychologie und Psychiatrie." Im Korreferat dazu für die Hausgeistlichen an privaten, klösterlichen Heil- und Pflegeanstalten schloß sich *J. B. Beuter*-Rottenmünster dem Ref. im wesentlichen an. Ref. wie Korref. legen besonderen Wert auf allwöchentliche Teilnahme des Hausgeistlichen an der gemeinsamen Krankenvisite oder Konferenz als Gelegenheit zu gegenseitiger Aussprache und auf die Möglichkeit, die ärztlichen Krankengeschichten einzusehen. Der Geistliche habe selbst eine kurze Krankengeschichte zu führen mit Berücksichtigung der religiösen und seelsorgerischen Seite, schon um seinem Nachfolger Irrungen zu ersparen. — Endlich sprach Pf. *Simon*-Eglfing De assistentia in articulo mortis in Berücksichtigung der Verhältnisse in staatlichen Anstalten mit weltlichem Personal. (Der Konferenzbericht ist im Verlage des Caritasverbandes in Freiburg i. B. erschienen.)

[1]) S. diese Ztschr. Bd. 67, S. 171 u. S. 967; Bd. 68, S. 919.



Am 26.—28. März 1913 wird der 1. **deutsche Kongreß für alkoholfreie Jugenderziehung** (Ehrenvorsitzender Dr. *v. Bethmann-Hollweg*, Reichskanzler) im Preuß. Abgeordnetenhause zu Berlin tagen. Dem Kongreß wird am Dienstag, 25. März, eine Reihe von wissenschaftlichen Vorträgen des Berliner Zentralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus vorausgehen, nämlich 9—12 Uhr vorm.: P. Dr. *Stubbe*: Die alkoholgegnerische Bewegung in Deutschland seit 1903; Stadtrat Dr. med. *Leonhart*-Kiel: Die Aufgaben der Gemeinde im Kampfe gegen den Alkoholismus; Dr. *Hartwig*, Dir. des statist. Amtes in Lübeck: Der Alkoholismus im Lichte der Statistik. Nachm. 4—7: Amtsgerichtsrat *Schmidt*-Berlin: Alkohol und Kriminalität; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. *Weymann*: Bedeutung des Kampfes gegen den Alkoholismus für die geistige Kultur; Prof. Dr. *Aschaffenburg*-Köln: Die psychologische Wirkung des Alkohols. — Mittwoch, 26. März: 9 Uhr Eröffnung, Begrüßung; I. Der Alkoholgenuß bei Kindern und der heranwachsenden Jugend und seine Gefahren a) für die Gesundheit (Prof. Dr. *Weygandt*-Friedrichsberg-Hamburg), b) für die Erfolge des Unterrichts und der Erziehung in der Schule (Stadtschulinspektor Dr. *Jensen*-Berlin), c) für die religiös-sittliche Entwicklung (Prof. Dr. *Niebergall*-Heidelberg), d) auf der Linie der Kirminalität (*Elsa v. Liszt*-Charlottenburg). Nachm. 4 Uhr: II. Der Stand des alkoholgegnerischen Jugendunterrichts a) im Ausland (Prof. *Gonser*-Berlin), b) in Deutschland (Dr. *Flaig*-Berlin). Abends 8 Uhr Eröffnung der Ausstellung: Jugend und Alkohol; Führungsvortrag (*W. Miethke*-Berlin). — Donnerstag, 27. März: vorm. 9 Uhr III. Die alkoholgegnerische Erziehung im Hause (Präfekt Dr. *Strehler*-Neiße), IV. Grundsätzliches und Allgemeines zum alkoholgegnerischen Unterricht in der Schule (Prof. *E. Werner*-Heidelberg); nachm. 3 Uhr V. Die Praxis des alkoholgegnerischen Unterrichts a) in der höheren Schule (Prof. Dr. *Ponickau*-Leipzig, *E. Kniebe*-Göttingen), b) in der Volksschule (*Temme*-Nordhausen, *W. Lohmann*-Bielefeld), c) in der Fortbildungs- und Fachschule (*Ulbricht*-Dresden), d) in der Haushaltungsschule (Dr. *Zander-Sieben*-Berlin); abends 9 Uhr: Volksversammlung. — Freitag, 28. März: vorm. 9 Uhr VI. Die Jugendpflege und die Alkoholfrage (P. Lic. *Rolffs*-Osnabrück), VII. Einzelbilder aus der Arbeit der alkoholgegnerischen Jugendorganisationen; nachm. Besichtigungen und Führungen. — Teilnehmerkarten (unentgeltlich) und Programme durch die Geschäftsstelle des Kongresses, Berlin W. 15, Uhlandstr. 146.

Dem **Verein zum Austausch der Anstaltberichte** ist die oberbayrische Heil- und Pflegeanstalt Haar bei München beigetreten.



Personalnachrichten.

Dr. *Hans W. Gruhle* in Heidelberg hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Karl Pfersdorff*, Priv.-Doz. in Straßburg, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Friedr. Wilh. Fabricius*, Dir. der Prov.-Anstalt Düren, und

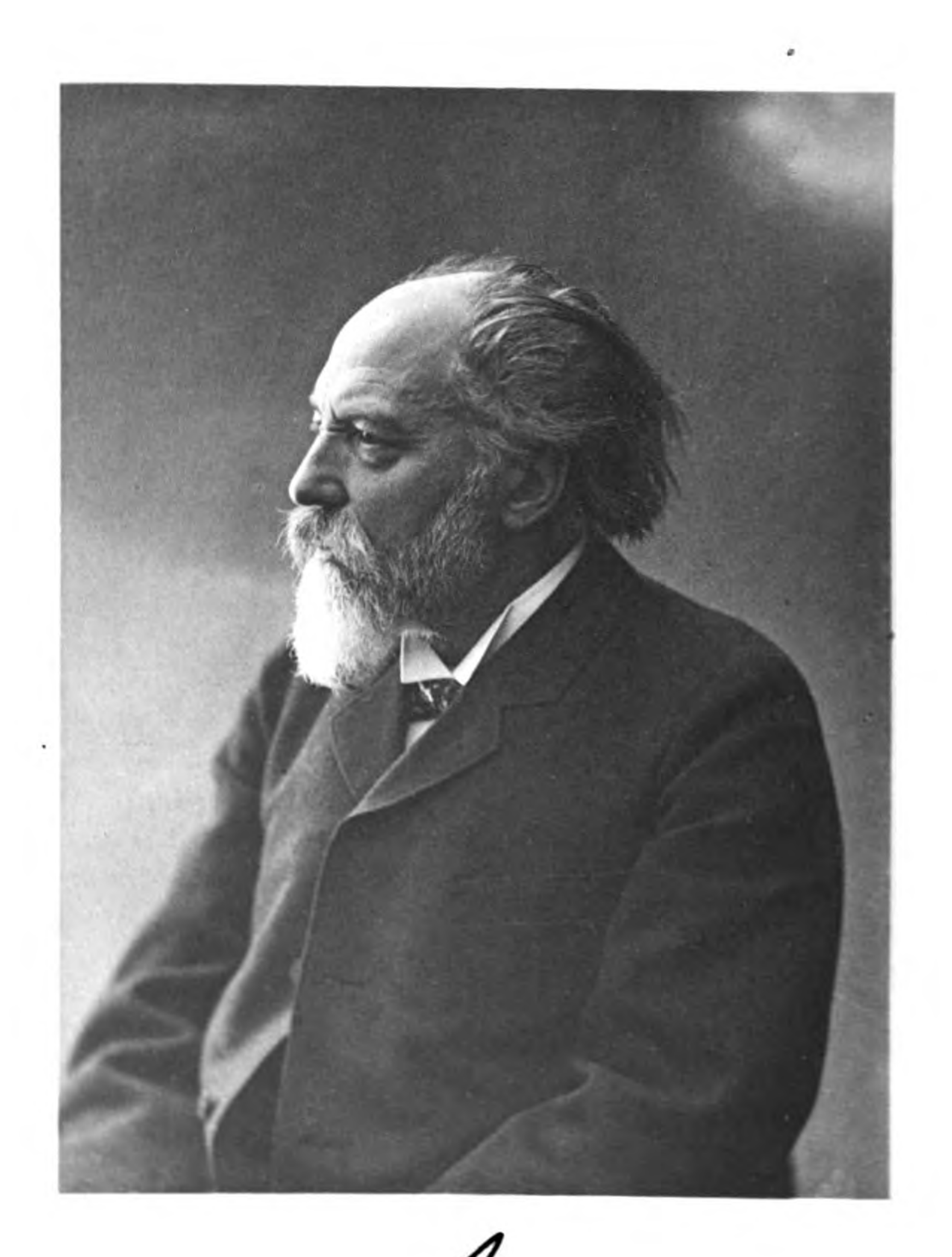
Dr. *Ad. Stoltenhoff*, Dir. der Prov.-Anstalt Kortau, sind zu Geh. Sanitätsräten,

Dr. *Joh. Herting*, Dir. der Prov.-Anstalt Galkhausen, und

Dr. *Herm. O. Schedtler*, Dir. der Landesanstalt Merxhausen zu Sanitätsräten ernannt worden.

Dr. *Wilh. Dubbers*, San.-R., Dir. von Allenberg, und

Dr. *Friedr. Lullies*, San.-R., Oberarzt in Kortau, ist der Rote Adlerorden 4. Kl. verliehen worden.



Geheimrat Dr. Heinrich Schüle,

Ehrenmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie,

feiert am 4. Juli ein vielleicht einzigartiges Jubiläum: vor einem halben Jahrhundert ist er als junger Arzt in Illenau eingetreten und ist ihm die ganze Zeit hindurch treu geblieben. Er hing und hängt eben mit ganzer Seele an Illenau, und er verehrte in aufrichtiger Dankbarkeit seine Vorgänger *Roller* und *Hergt*, deren Lebenswerk er unterstützte und mit frischer Begeisterung fortsetzte. Was er außerhalb Illenaus an vielseitigen und erfolgreichen Bestrebungen anregte und schuf, ja, selbst die bedeutenden wissenschaftlichen Arbeiten des Jubilars und sein Lehrbuch, das, in fremde Sprachen übersetzt, seinem Namen auch im Ausland einen guten Klang erwarb und das Ansehen der deutschen Psychiatrie erhöhte, sind im Grunde doch nur notwendige Ausstrahlungen einer Kraft, deren Richtung ohne Schwanken dem geliebten Illenau zugewandt blieb. Daß diese Kraft und Liebe reiche Frucht getragen, und daß auch das durch ihn erneute Illenau den alten Geist treuen Vorwärtsstrebens und besonderer Herzlichkeit bewahrt hat, wird am Festtage die größte Freude des Jubilars sein. Ihm, der dieser Zeitschrift seit 35 Jahren — und das bedeutet die halbe Zeit ihres Bestehens — als Mitredaktor angehört, sei dies Doppelheft als sichtbares Zeichen allgemeiner Verehrung und Illenauer Fleißes zugeeignet. *H. L.*

Wir, die Schüler und Mitarbeiter des verehrten Jubilars, die wir ihm die folgenden Arbeiten in dankbarer Verehrung widmen, möchten an dieser Stelle zum Ausdruck bringen, wie er, der uns immer ein wohlwollender Vorgesetzter und als Mensch ein liebenswürdiger Freund war, durch sein unerreichtes Vorbild als Arzt und als Forscher unsere geistige Entwicklung entscheidend beeinflußt und gefördert hat.

In unermüdlichem Wirken hat er uns das kostbarste Erbe der



alten Irrenärzte überliefert und den Geist wahren Mitgefühls für die uns anvertrauten Kranken, das Ideal einer hingebenden, individualisierenden psychischen Behandlung in überzeugender Verkörperung vorgelebt.

Neben dieser praktisch-tätigen Richtung seiner Persönlichkeit, die ihm zur zweiten Natur geworden ist, steht, nicht minder kraftvoll ausgeprägt, sein persönliches Bedürfnis nach wissenschaftlichem Erkennen, das unablässige Bestreben, alle neuen Gesichtspunkte der fortschreitenden Spezialforschung an seiner umfassenden klinischen Erfahrung und seinen früher erkannten nosologischen Fundamentalsätzen zu prüfen, sowie die modernen Errungenschaften der allgemeinen Medizin im Gedanken an die ätiologischen Probleme der Psychiatrie zu verfolgen. Mit jugendlicher Begeisterung wird er nicht müde, uns Jüngere anzufeuern, neben dem täglichen Krankendienst das wissenschaftliche Interesse hochzuhalten und an allen Forschungsrichtungen unserer Disziplin tätigen Anteil zu nehmen. So hat er auch in weitsichtiger Vorsorge die nötigen Mittel flüssig gemacht, daß neben der klinischen Beobachtung die histologische, serologische, psychologische, genealogische und statistische Arbeitsmethode in Illenau geübt werden kann.

Wir Illenauer Ärzte sind lebhaft davon durchdrungen, welch reichen persönlichen Gewinn wir dieser — mit vollem Recht dürfen wir sagen einzigartigen und genialen — Synthese im Wesen unseres verehrten Jubilars zu verdanken haben: den hohen Begriff von den Aufgaben einer Anstaltspsychiatrie in seinem Sinne, einer Psychiatrie, die über dem Krankheitsprozeß den kranken Menschen nicht vergißt, aber zugleich über der Fürsorge für den einzelnen Patienten die Frage nach dem Wesen und den Gesetzmäßigkeiten der psycho-pathologischen Erscheinungen nicht aus dem Auge verliert.

Empfangen Sie, hochverehrter Herr Geheimrat, das vorliegende Festheft, zu dem die früheren Illenauer Kollegen in Erinnerung an die ihnen hier gewordene wissenschaftliche Förderung ihren Anteil beigesteuert haben, an Ihrem heutigen Ehrentag als ein äußeres Zeichen unserer aufrichtigen Dankbarkeit für all das, was Sie uns während eines arbeitsreichen Lebens in Illenau gegeben haben.

Die früheren und jetzigen Illenauer Ärzte.



Zur patholog. Histologie der Korsakoffschen Psychose.

Von **Ernst Thoma**-Illenau.

(Hierzu Tafel I bis IV.)

In Band 67 dieser Zeitschrift hat Verfasser den histologischen Befund im Gehirn bei zwei Fällen des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes mitgeteilt. Seitdem wurden auch von anderer Seite mehrere Fälle dieser Art veröffentlicht, welche sich mit dem damaligen Befunde teils decken, teils in Einzelheiten abweichen.

So haben *Vollrath* in Jena [1]) und *Meyer* in Königsberg [2]) die Ergebnisse eingehender histologischer Untersuchungen des Gehirns bei dieser Erkrankung mitgeteilt.

Es dürfte interessant sein, die Resultate dieser drei neueren Untersuchungen, die mit annähernd denselben modernen Untersuchungsmethoden gefunden sind, miteinander zu vergleichen. Die früheren Untersuchungen auch zum Vergleich heranzuziehen, dürfte sich erübrigen, einmal, weil dieselben wenigstens zum Teil mit anderen, nicht spezifischen Untersuchungsmethoden gewonnen sind und sich daher nur schwer vergleichen lassen, und dann, weil *Vollrath* in seiner Arbeit bereits in dankenswerter Weise eine ausführliche historische Übersicht über diese Resultate gegeben hat.

Der Befund in den von mir untersuchten zwei Fällen war kurz zusammengefaßt folgender:

1. Eine diffuse, der Paralyse ähnliche, ungleichartige Erkrankung der Ganglienzellen.

---

[1]) *Vollrath*, Der Hirnbefund bei der *Korsakoff*schen Psychose. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 31.

[2]) *E. Meyer*, Zur pathologischen Anatomie des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes alkolholischen Ursprungs. Archiv für Psychiatrie, Bd. 49.



2. Degeneration der Markfasern, sowohl der tangentialen, als auch der radiären Faserung, besonders auffällig auch im Marklager.

3. Deutliche aber ungleich verbreitete Veränderung der Fibrillen.

4. Starke Vermehrung der Glia, der zelligen sowohl wie der faserigen.

5. Starke Abbauerscheinungen.

6. Keine konstanten Gefäßveränderungen, vor allem keine charakteristische Zellinfiltration wie bei Paralyse.

7. In einem Falle einige Reste kleiner Blutungen.

Vollrath fand in seinem Falle gleichfalls

1. Allgemeine Zellveränderungen, wie sie *Nissl* als chronische Veränderung der Ganglienzellen beschreibt, an der alle Teile des Gehirns mehr oder minder teilnehmen.

2. Die Markscheiden zeigten überall Schwund, sowohl die Tangentialfasern als das supraradiäre Faserwerk.

3. Die Fibrillen fand er vielfach verändert, aber nicht überall gleich. Er fand, daß sie sich an einzelnen Orten umgekehrt verhielten wie die *Nissl*schen Granula.

4. Die Glia war überall vermehrt, entsprechend dem Ausfall an nervöser Substanz. Am stärksten im Lob. paracentralis, dagegen waren auffällig wenig Spinnenzellen vorhanden. Ebensowenig wurden stärkere Gliafaserfilze beobachtet.

5. Die Gefäße zeigten keine Veränderungen, vor allem keine Plasmazelleninfiltration wie bei Paralyse.

In der Arbeit *Meyer*s stellten sich die entsprechenden Befunde folgendermaßen dar: Zunächst bestand dort eine besonders starke Verdickung der Pia mit Zellinfiltration, die vielleicht mit der in diesem Falle vorhandenen Sepsis im Zusammenhange steht.

Die Veränderungen in der Hirnrinde bestanden:

1. In allgemeiner Zellerkrankung, von der jedoch die Riesenzellen am wenigsten befallen schienen. Als hervorstechendste Erscheinung wird hier ferner die enorme Vermehrung des Pigmentgehalts der Ganglienzellen erwähnt.

2. Von den Markscheiden war eine starke zug- und fleckweise Degeneration derselben im Kleinhirn bemerkenswert.

3. Die Fibrillen waren zum Teil verklebt, das Netz rarefiziert.

4. Die zellige Glia schien vermehrt.



5. Die Hirngefäße zeigten verdickte Windungen mit Vermehrung der Wandzellen und Einlagerung von Körnchen, aber keine Plasmazellen. Längs der Gefäße Gliakerne.

6. An verschiedenen Stellen des Gehirns fanden sich kleine Blutungen.

Die Nebeneinanderstellung der Resultate dieser drei Untersuchungen ergibt somit eine ziemlich große Übereinstimmung. Vor allem ist die Art und Verbreitung der Veränderungen der Ganglienzellen offenbar in allen drei Fällen die gleiche. Ebenso wird in allen Fällen Gliavermehrung festgestellt. Obwohl in dem einen Falle die spezifische Gliafärbung nicht gelang, konnte doch durch den Nachweis der Gliazellen ein Schluß auf die Vermehrung auch der faserigen Glia gemacht werden. Eine so starke Vermehrung der faserigen Glia, wie Verfasser sie in dem einen Falle fand, wurde sonst nicht beobachtet. Übereinstimmend wird ferner festgestellt, daß die Fibrillen Veränderungen zeigen, und zwar in Form von Zusammenkleben und Zerfall. Desgleichen wird auch der Schwund von Markfasern, tangentialen sowohl wie der radiären angegeben. So starker Ausfall, wie in dem einen meiner Fälle wird jedoch nicht erwähnt.

Blutungen wurden in dem Falle von *Vollrath* nicht gefunden. Abbauprodukte sind in allen drei Fällen reichlich. Besonders auffällig waren sie in dem von *Meyer*, wo auch eine enorme Pigmentvermehrung innerhalb der Ganglienzellen hervorgehoben wird, von der in den anderen Fällen nicht die Rede ist.

Es hat sich demnach in den Rindenbefunden eine erfreuliche Übereinstimmung in den wesentlichen Punkten gezeigt. Da jedoch immer noch im einzelnen Verschiedenheiten sich finden, und da die genauer mit modernen Methoden untersuchten Fälle noch nicht sehr zahlreich sind, so hat Verfasser es für zweckmäßig gehalten, noch einen weiteren Fall, der kurz nach Abschluß der früheren Arbeit zur Sektion kam, zu untersuchen und dabei neben den Veränderungen der Einzelelemente der Großhirnrinde auch auf die lokale Verbreitung der Veränderungen mehr zu achten, da es noch immer als ein Desiderat (*Bonhöffer* [1])) erscheint, etwaige lokale Verschiedenheiten zu der klinischen Eigenart der Krankheit in Beziehung setzen zu können.

[1]) *Bonhöffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie.



Vollrath weist in seiner Arbeit darauf hin, daß die Intensität des Prozesses in verschiedenen Gegenden des Gehirns nicht die gleiche ist. Er fand unter anderem die schwersten Veränderungen in der zweiten Stirnwindung und im Lob. paracentralis. Ebenso wichtig scheint mir im übrigen die Feststellung, welche Rindenschichten von der Erkrankung hauptsächlich betroffen werden. Um so mehr, seitdem der funktionelle Unterschied zwischen den oberen und den tieferen Schichten der Rinde durch *Nissl* als sehr wahrscheinlich nachgewiesen wurde. Eine genaue Abgrenzung der Verbreitung des Krankheitsprozesses auf die einzelnen Rindenfelder im Sinne *Brodmanns*, die eine Durchforschung der ganzen Rinde erfordert, würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit übersteigen, auch würde bei der offenbar sehr diffusen Ausdehnung der Krankheit über die ganze Rinde das Resultat kaum die aufgewendete Arbeit lohnen, zumal es sich doch meist nur um subjektive Abschätzung der Intensität des Prozesses handelt. Verfasser hat daher auch diesmal seine Gewohnheit beibehalten, immer dieselben Teile der Großhirnrinde, nämlich 1. und 2. Frontalwindung, vordere Zentralwindung und die Gegend der Fissura calcarina zu untersuchen, eine Beschränkung, die sich bei vorwiegend anderweitiger ärztlicher Tätigkeit aus verschiedenen Gründen ergibt und meines Wissens auch von *Nissl*[1]) empfohlen worden ist.

Der eine untersuchte Fall betrifft einen Mann J. A., geb. 13. X. 1861 dessen Vater Trinker, Vaterschwester geisteskrank war. Er entwickelte sich geistig und körperlich normal und lernte das Metzgerhandwerk. Später wurde er Mineralwasserfabrikant. In den letzten Jahren trank er sehr viel, hauptsächlich Wein, aber auch Schnaps. Im Jahre 1904 erkrankte er zum erstenmal an Delirium tremens. 1906 traten zuerst auch körperliche Krankheitserscheinungen auf. Er litt an Schlaflosigkeit, Atemnot, und es machten sich Beschwerden beim Gehen bemerkbar. Psychisch zeigte er sich zuweilen desorientiert, reizbar, sah allerhand schreckhafte Dinge und wurde sehr vergeßlich.

Am 21. November 1906 wurde er in die Anstalt Illenau aufgenommen. Hier zeigte Patient eine Reihe von körperlichen Veränderungen. Er war ziemlich fett, aber schlaff, klagte über Schmerzen in der Seite und den Beinen. Der Gang war sehr schwerfällig und unsicher.

---

[1]) *Nissl*, Experimentell anatomische Untersuchungen über die Hirnrinde. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 68. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte.



Das Herz war verbreitert, doch waren die Herztöne rein. Es bestand Emphysem der Lunge. Die Leber war am Rippenrande fühlbar. Die übrigen inneren Organe boten nichts Besonderes. Die vorgestreckte Zunge zeigte fibrilläres Zittern, die gespreizten Finger deutlichen, feinschlägigen Tremor.

Die Pupillen reagierten etwas träge auf Lichteinfall.

Die Patellarreflexe waren schwer auslösbar. Ober- und Unterschenkel zeigten erhebliche Atrophie der Muskulatur. Die oberflächlichen Nervenstämme waren auf Druck schmerzhaft. Häufig wurde auch über Parästhesien in den unteren Extremitäten geklagt. Beim Stehen mit geschlossenen Augen trat leichtes Schwanken ein. Die Bewegungen der oberen Extremitäten waren frei.

Sprachstörung bestand nicht.

Der Urin enthielt etwas Zucker.

Psychisch zeigte sich eine vorwiegend euphorische Stimmung bei großer Reizbarkeit. Am auffälligsten war die große Gedächtnisschwäche für kurz Vorangegangenes, Erinnerungsfälschungen und Konfabulation. Die Merkfähigkeit war im höchsten Grade gestört; zeitlich war er infolgedessen völlig desorientiert. Er konnte sich kaum eine Minute lang merken, wenn man ihm das Datum sagte. Auf die Frage: wann er geboren sei, machte er innerhalb eines Zeitraums von 3 Minuten drei verschiedene Angaben. Dinge, die er gelesen, oder von denen gerade gesprochen worden war, erzählte er unmittelbar darauf als selbst Erlebtes. So erzählte er auf die Frage, wo er gestern gewesen sei, von einer Reise nach dem Nordpol, von der er gerade zurückkomme, oder während er wochenlang zu Bett lag, daß er gestern im Zirkus als Kunstreiter großen Erfolg gehabt habe. Auf entsprechende Fragestellung erzählte er jedes beliebige Ereignis als selbst erlebt, meist mit phantastischer Ausschmückung.

Die örtliche Orientierung war wechselnd.

Das psychische Krankheitsbild änderte sich im Verlauf wenig, nur wurde er immer apathischer und produzierte seine Konfabulation nur noch auf Fragen. Nur für das Essen, das er stets mit Heißhunger verschlang, zeigte er Interesse. Trotz reichlicher Nahrungsaufnahme ging er körperlich zurück, wobei besonders die Atrophie der Beine immer auffälliger wurde.

Am 3. Juni 1910 trat ziemlich unerwartet ein Kollaps ein, der den Exitus zur Folge hatte.

Aus der Krankengeschichte dürfte hervorgehen, daß es sich hier um *Korsakoff*sche Psychose handelte. Auch der alkoholische Ursprung ist wohl nicht zweifelhaft, obwohl geringer Diabetes vorhanden war und dieser bekanntlich in selteneren Fällen als Ursache des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes genannt wird (*Sittig* [1])). Eine Trennung

[1]) *Sittig*-Prag, Ein Fall von *Korsakoff*scher Psychose auf Grund diabetischer Azidosa. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. 32.



dieser Ursachen dürfte überhaupt bei dem häufigen Zusammentreffen von Diabetes und Alkoholismus nicht immer leicht sein, in unserem Falle jedoch, bei dem nachgewiesenem starken Abusus und den deutlichen neuritischen Symptomen zugunsten des Alkoholismus ausfallen.

Wichtig wäre wohl noch gewesen, festzustellen, ob Lues vorhanden war. Leider waren wir damals noch nicht wie heute in der Lage, bei jedem verdächtigen Fall auf Wassermann zu untersuchen. Anamnestisch lag Lues nicht vor, und von Paralyse unterschied er sich klinisch und, wie wir hier vorgreifen können, anatomisch wesentlich.

Die Autopsie ergab als Todesursache Myodegeneration des Herzens, keine Aortitis, Verfettung verschiedener innerer Organe, besonders Nieren und Pankreas.

Die Pia war leicht getrübt, aber nur wenig verdickt. Die Sulzi klafften stark. Es bestand Hydrocephalus externus und internus.

Die Gefäße waren im allgemeinen zart, und an der Basis zeigten die größeren etwas arteriosklerotische Veränderungen.

Granulationen waren nicht vorhanden. Die Rinde erschien auf dem Durchschnitt nur wenig verschmälert.

Mikroskopischer Befund: Es wurden untersucht: 1. die Ganglienzellen.

Auch in dem neuen Falle fand sich in *Nissl*präparaten die allgemeine Zellerkrankung, und zwar teils Schrumpfung und Dunkelwerden der Ganglienzelle, Sichtbarwerden der geschlängelten Fortsätze, teils Randstellung und Blasigwerden des Kerns, der eine Kontur erhält. Endlich Zerfall der Granula bis zur gänzlichen Chromatolyse (Taf. I, Fig. 1). Dabei waren deutliche Lücken in den Zellreihen zu erkennen. Der Ausfall betraf in der vorderen Zentralwindung die 3., 4. und 5. Schicht (nach *Brodmann*) am stärksten, die 6. weniger; doch waren auch von den Riesenzellen relativ viele gut erhalten. Zentral scheint die Erkrankung überhaupt am stärksten zu sein. Am geringsten in den untersuchten Partien aus der Gegend der Fissura calcarina, doch schienen auch hier die Zellen im ganzen pyknotisch (Taf. IV, Fig. 3 b).

2. Die Markscheiden. Die Tangentialfasern zeigen überall mehr oder weniger deutlichen Ausfall, besonders in der vorderen Zentralwindung, geringer frontal und am wenigsten in der Kalkarinagegend. Der Ausfall der Tangentialfasern ist jedoch keineswegs so stark, wie dies bei der Paralyse der Fall zu sein pflegt (Taf. II, Fig. 1 u. 2). Das supraradiäre Fasernetz zeigte sich ebenfalls in der vorderen Zentralwindung besonders stark gelichtet. Ebenda fand



sich auch im Marklager eine besonders stark degenerierte Partie, wie eine solche sich auch in dem früher vom Verfasser beschriebenen Falle H gefunden hatte. In den anderen Windungen war eine entsprechende Degeneration der Markscheiden im Marklager kaum nachweisbar.

3. Die Fibrillen zeigten nach *Bielschowsky* gleichfalls Veränderungen, und zwar stellenweise Lichtung des Fibrillennetzes, Zerfall der Fibrillen beim Eintritt in die Zellen, Zusammenkleben der Fibrillen innerhalb der Zellen. Diese Veränderungen waren örtlich sehr verschieden. Zentral waren die Fibrillen weniger verändert und zwar nicht nur in den Riesenzellen, die auch das *Nissl*bild zum Teil gut zeigten, sondern auch in der davorliegenden 3. und 4. Schicht, die bei der Zellfärbung starke Veränderungen zeigten.

4. Die Glia zeigt nach *Weigert* überall starke Vermehrung, sowohl die faserige wie die zellige. Zentral ist der Randzopf verdickt, doch nicht so stark und dicht, wie dies bei der Paralyse der Fall zu sein pflegt (Taf. I, Fig. 2), abgesehen von einzelnen Stellen, an denen Gefäße eintreten und die auffällige Vermehrung der Glia in ihrer Umgebung zeigen. Die Vermehrung der Gliafasern reicht weit in die Tiefe und ist auch da stets gut darstellbar, was sonst nicht immer der Fall zu sein pflegt. In den Frontalwindungen ist der Randzopf etwas dünner. Die Faservermehrung reicht gleichfalls weit in die Tiefe, doch sind die einzelnen Fasern derber als zentral. Spinnenzellen sind in der Randzone seltener.

An einer Stelle der Markstrahlung der vorderen Zentralwindung bildet die Glia ein dichtes Fasernetz, und hier sind auch zahlreiche frische Spinnenzellen zu sehen (Taf. I, Fig. 3). Dieser Stelle entspricht in Markscheidenpräparaten ein starker Faserschwund (Taf. I, Fig. 4).

5. Der Abbau war überall lebhaft. Am geringsten wieder von den untersuchten Partien in der Gegend der Fissura calcarina. Während frontal erst in den tieferen Rindenschichten der Abbau und zugleich damit einhergehende Pigmentvermehrung in den Ganglienzellen sich bemerkbar machte, begann dies zentral schon etwas höher und war wenigstens in der 3. Schicht schon lebhaft. Die Zellen enthalten da viel Pigment. Besonders auch die Riesenzellen.

Mit Rücksicht auf den Befund *Meyers*, dessen Fall eine außergewöhnliche Pigmentvermehrung zeigte, wurden die früher schon



untersuchten Fälle nochmals daraufhin vorgenommen und da fand sich nun, namentlich in *Herxheimer*schen Präparaten, in dem einen der bereits früher veröffentlichten Fälle (H.) allerdings eine außerordentliche Vermehrung des Pigments, so daß manche der großen Pyramidenzellen bis in die Spitzenfortsätze hinein ganz davon erfüllt schienen (Taf. III). Auch in anderen Zellen und den Gefäßwänden fanden sich sehr reichlich Abbauprodukte. In den übrigen Fällen zeigte sich diese Erscheinung jedoch nicht in solchem Grade.

6. Von den Rindengefäßen zeigten die feinsten keinerlei Veränderung, auch eine Vermehrung von Gefäßen war nicht zu konstatieren.

Die größeren Gefäße hatten öfters etwas verdickte Wandungen, jedoch keine erhebliche Zellinfiltration, vor allem waren keine Plasmazellen vorhanden. —

Der vorliegende Befund bestätigt zunächst in den wesentlichsten Punkten die Resultate der früheren Untersuchungen. Die Zellerkrankung, die Gliavermehrung, die Veränderung der Fibrillen und der Markscheiden sowie das Verhalten der Gefäße und der lebhafte Abbau sind annähernd dieselben, wie bei den früheren Untersuchungen. Vor allem finden sie sich in der Hauptsache im Einklang mit den neuen eingehenden Untersuchungen von *Vollrath* und *Meyer*.

Einige Punkte verdienen jedoch noch hervorgehoben zu werden, besonders da im einzelnen einige Unterschiede in den Untersuchungsergebnissen hervortreten.

Meyer hat mit Recht besonders auf die enorme Ansammlung der Abbauprodukte und des Pigments in den Ganglienzellen hingewiesen und die Ansicht ausgesprochen, daß der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex darin vielleicht zum Teil seine Ursache hat.

In unserem vorliegenden Falle fand sich nach der *Herxheimer*schen Färbung nun allerdings eine recht erhebliche Vermehrung des Pigments und lebhafter Abbau, doch nicht in dem Maße, wie *Meyer* in seinem Fall es beobachtet zu haben scheint. Ich untersuchte daher meine früheren Fälle nach, da diese damals nicht nach *Herxheimer*, sondern mit anderen Abbaufärbungen behandelt waren. In dem einen Falle H fand sich dann auch tatsächlich eine so enorme Zunahme des Pigments und massenhaftes Auftreten von Abbauprodukten in Gliazellen, Gefäßen usw., wie *Meyer* es in seinem Falle beschreibt. Der quanti-

tative Unterschied in den hier untersuchten Fällen war ein sehr in die Augen springender und beherrschte das Bild völlig. Die Menge des Pigments in den Ganglienzellen war z. B. größer, als es bei Senilen zu sein pflegt, von der Paralyse gar nicht zu reden. Dieses Vollgepfropftsein von Ganglienzellen, Gliazellen und Gefäßen mit Abbauprodukten scheint mir nun allerdings sehr bemerkenswert und vielleicht für das Zustandekommen des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes wichtig, um so mehr, da neuere Untersuchungen von *Fauser*[1]) und *Abderhalden*[3]) durch Nachweis von Abwehrstoffen im Blutserum darauf hindeuten, daß der Abbau von Nervengewebe sekundär bedingt ist durch fermentativ-toxische Einflüsse infolge der gestörten inneren Sekretion, die ihrerseits ursprünglich durch die primäre Schädlichkeit (Alkohol usw.) verursacht wurde.

Der quantitative Unterschied im Abbau in den einzelnen Fällen könnte davon herrühren, daß es sich um verschiedene Phasen desselben Prozesses handelt. Vielleicht dürfte aber auch der zeitliche Verlauf der Erkrankung damit im Zusammenhang stehen.

Der Fall H mit der sehr starken Vermehrung der Abbauprodukte nahm einen sehr rapiden Verlauf und führte, vom Beginn der Erkrankung an, kaum innerhalb eines Jahres zum Tode. Unser jetziger Fall A, der weniger heftigen Abbau aufzuweisen hat, verlief viel chronischer. Der Kranke befand sich allein 4 Jahre hier in Anstaltsbehandlung. Es wäre also, was naheliegt, anzunehmen, daß die Heftigkeit des Abbaus den letalen Ausgang beschleunigt.

Es scheint daher sehr wahrscheinlich, daß sich in dem lebhaften Abbau der Hirnrinde der eigentliche Krankheitsprozeß ausdrückt. An den übrig bleibenden Ruinen der Ganglienzellen, Markfasern usw. können wir jedoch erkennen, wo der Prozeß am stärksten gewütet hat. Es ist leicht ersichtlich, daß, obwohl die Schädlichkeit offenbar sehr diffus verbreitet ist, doch die Zellen nicht überall in gleichem

[1]) *Fauser*, Ausblicke über die Verwertbarkeit der Ergebnisse unserer Forschungen auf dem Gebiete des Stoffwechsels usw. Deutsche medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 48.

[2]) Derselbe, Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der *Abderhalden*schen Anschauungen und Methodik. Deutsche medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 52.

[3]) *Abderhalden*, Münchener medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 24.



Maße angegriffen werden. Die Riesenzellen z. B. schienen, wenigstens z. T., viel länger zu widerstehen, sie dürften sich also wie in der Form, so in ihrem chemischen Verhalten etwas von den anderen unterscheiden.

Was die Lokalisation des Abbaus betraf, so war nicht nachzuweisen, daß er sich etwa einzelne Schichten allein ausgesucht habe, nur waren zentral auch schon in den oberen Schichten Abbauprodukte, wenn auch nicht sehr reichlich, vorhanden, während in den übrigen untersuchten Windungen erst von der 3. und 4. Schicht an die Abbauprodukte in größerer Menge auftraten.

Was die Markscheiden anbetrifft, so wurde erwähnt, daß der Ausfall der Tangentialfasern nicht den Grad erreicht, wie dies bei Paralyse der Fall zu sein pflegt. Bemerkenswert ist ferner der lokal sehr starke Ausfall von Markscheiden am Marklager der vorderen Zentralwindung. Auch in dem früher untersuchten Falle hatte sich an der entsprechenden Stelle ein ähnlich starker Ausfall der Markscheiden gefunden (Taf. I, Fig. 4).

Es liegt der Gedanke daher nahe, daß dieser Ausfall in der vorderen Zentralwindung mit der zum *Korsakoff*schen Symptomenbild gehörigen Neuritis bzw. den damit zusammenhängenden Degenerationen in den großen Nervenstämmen der Extremitäten zusammenhängt, die ja schon vielfach Gegenstand eingehender Untersuchungen waren, bevor noch das Gehirn genauer untersucht worden war.

Die Glia ist überall da am stärksten vermehrt, wo der Krankheitsprozeß am lebhaftesten ist, und wo nervöses Gewebe ausgefallen ist. Dementsprechend ist, wie auch *Vollrath* festgestellt hat, die Randglia, speziell der sogenannte Randzopf, nicht so dicht, wie dies bei Paralyse der Fall zu sein pflegt, doch fanden sich frontal Stellen mit sehr starker Randglia, namentlich in der Nähe von Eintrittsstellen von Gefäßen. Dagegen ließ sich die Glia auch in den tieferen Rindenschichten, wo auch der Abbau ein stärkerer war, als stark vermehrt nachweisen, was bekanntlich bei der *Weigert*schen Gliafärbung nicht immer leicht gelingt. *Vollrath* hebt auch hervor, daß Spinnenzellen relativ selten seien. Diesem schließe ich mich durchaus an, soweit es die Randglia betrifft. Dagegen finden sich in der Tiefe des Marklagers der Zentralwindung an der Stelle, wo zahlreiche Markscheiden degeneriert waren, auch viele frische Spinnenzellen. An dieser Stelle findet sich auch eine Gliavermehrung, die ich früher als



„Filz“ bezeichnet habe. Der Ausdruck ist vielleicht etwas zu hart, doch handelt es sich jedenfalls um ein sehr dichtes Gliafasernetz mit zahlreichen eingestreuten Spinnenzellen. Da die Fasern hier stark, aber kurz gewellt sind, so lassen sie sich nur schwer photographisch darstellen (Taf. I, Fig. 3).

Was die Rolle der Glia in dem vorliegenden Prozeß überhaupt betrifft, so wird ja wohl meist angenommen, daß die Neuroglia dann wuchert, wenn nervöses Gewebe zugrunde gegangen ist, und dieses ersetzt, d. h. die entstandenen Lücken ausfüllt. Ob diese Rolle der Neuroglia als Lückenbüßer die einzige in derartigen Krankheitsprozessen, wie der vorliegende, ist, scheint mir doch noch nicht ganz festzustehen. Einmal füllt sie die Lücken gar nicht aus, obwohl sie dazu bei ihrem Proliferationsvermögen wohl imstande sein könnte. Dies zeigt z. B. ihr Verhalten bei der Paralyse, wo ebenfalls die Glia sich in der Rinde vermehrt, zum Schlusse aber eine ganz bedeutende Reduktion der Gesamtmaße der Rinde bis oft auf $^1/_3$ herauskommt. Wenn in unserem Falle die Randglia nicht so dicht zu sein schien wie bei der Paralyse und auch *Vollrath* dies fand, so kann dies auch daher rühren, daß bei der Paralyse der Ausfall in den obersten Schichten am stärksten ist und durch die Schrumpfung die Gliafasern zusammenrücken und dadurch dichter zu sein scheinen, während tatsächlich in beiden Fällen die Vermehrung gleich stark sein kann.

Wir haben ferner gesehen, daß sich in unserem Falle die Glia in der Tiefe der Rinde, entsprechend dem stärkeren Abbau, sehr vermehrt zeigt, und zwar finden sich hier viele Gliazellen, frische Spinnenzellen und besonders feine Fasern, wie sie die Glia zeigt, so lange sie in raschem Wachsen begriffen ist. Sie zeigt sich vermehrt auch an Stellen, wo noch kein erheblicher Schwund zu konstatieren ist. Mindestens scheint der Abbau und die Gliawucherung gleichzeitig einzusetzen. Nach dem Verhalten der Glia könnte man daher die Frage aufwerfen, ob derselben neben der ausfüllenden Tätigkeit nicht noch eine mit dem Krankheitsprozeß enger im Zusammenhange stehende Funktion zukommt. Verfasser hat schon früher [1]) bei einem Falle von multipler Sklerose darauf hingewiesen, daß dort die Glia an vielen Stellen, wo noch keinerlei Ausfall von Nervengewebe zu

[1]) *Thoma*, Zur pathologischen Histologie der multiplen Sklerose. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1900, Bd. 16.



bemerken war, Anzeichen von beginnender Wucherung zeigte, und daß sie danach vielleicht einen aktiven Anteil an dem Krankheitsprozeß haben dürfte. Wenn wir, wie oben erwähnt, annehmen, daß sich im Blutserum toxische Stoffe finden, als deren Entstehungsursache hier der Alkohol als Agent provocateur anzusehen ist, so wäre es denkbar, daß dieselben Stoffe, die den Abbau des Nervengewebes einerseits zur Folge haben, andererseits eine reaktive Wucherung der Glia veranlassen. Diese Gliawucherung wäre dann vielleicht nicht sowohl als eine Krankheitserscheinung, als vielmehr als Schutzmaßregel gegen das zirkulierende Toxin aufzufassen, zumal den Gliazellen wohl auch eine chemische Aktivität zukommt. Das Verhalten der Trabant-Gliazellen bei Paralyse, welche die Ganglienzellen zuweilen förmlich verbarrikadieren, könnte in dieser Weise aufgefaßt werden. Nach vollendetem Abbau des Nervengewebes bleibt die Glia zurück, zeigt dann aber sofort Alterserscheinungen und wuchert nicht weiter, zeigt auch kein Bestreben, die durch Ausfall des Nervengewebes entstandenen Lücken ganz auszufüllen, wie an alten Herden bei multipler Sklerose und bei der Paralyse leicht zu erkennen ist.

Man kann daher, wie schon erwähnt, in der Gliawucherung neben anderen Funktionen vielleicht auch eine Schutzvorrichtung gegen die den Abbau des Nervengewebes verursachende Schädlichkeit sehen, während der Abbau selbst, wie *Meyer* wohl richtig annimmt, den eigentlichen Krankheitsprozeß darstellt, dessen Endresultat die dauernden histologischen Veränderungen des Gehirns sind.

Was die Gefäße betrifft, so wurden in unserem Falle die feinsten Hirngefäße nicht wesentlich verändert gefunden, während die größeren etwas verdickte Wandungen zeigten und auch mit Abbauprodukten beladene Zellen sowie freie Abbauprodukte führten. In der erheblich geringeren Zellinfiltration, besonders der feinen Gefäße, und dem Fehlen von Plasmazellen unterschied sich der vorliegende Krankheitsprozeß wesentlich von der Paralyse.

* * *

Es erübrigt sich noch einiges über die örtliche Ausbreitung des Krankheitsprozesses anzufügen. Schon *Bonhöffer* a. a. O. erklärt es als wünschenswert, festzustellen, ob nicht die Eigenart des Symptomenkomplexes auf pathologische Veränderungen in bestimmten



Hirnpartien zurückzuführen sei. Auch *Meyer* und *Vollrath* wiederholen dieses Desiderat. Verfasser hat bei seinen früher untersuchten Fällen den Eindruck gewonnen, als ob der Prozeß zu diffus das ganze Hirn befalle, als daß bestimmte Bezirke abzugrenzen wären. Da sich jedoch auch in diesem Falle wieder gezeigt hatte, daß der Krankheitsvorgang zwar anscheinend das ganze Gehirn in Mitleidenschaft zieht, die Intensität jedoch nicht in allen Teilen die gleiche ist, so wurde festzustellen versucht, in welchen Gegenden der Rinde in der Fläche sowohl wie in der Tiefe die von der Erkrankung verursachten Veränderungen am intensivsten sind. In der Beschreibung des mikroskopischen Befundes wurde schon erwähnt, daß von den untersuchten Rindenpartien die geringsten Veränderungen sich in der Gegend der Fissura calcarina vorfanden, die schwersten in der vorderen Zentralwindung. In letzterer fanden sich auch im Marklager die ausgedehnten Degenerationen der Markscheiden, die sich in den anderen Windungen nicht oder nur andeutungweise zeigten.

Schwieriger ist schon die Beurteilung, welche Schichten der Rinde besonders stark ergriffen sind, da sich in allen Schichten starker Abbau und degenerierte Partien finden lassen. Jedenfalls läßt sich jedoch sagen, daß die oberen Schichten, die *Brodmann* [1]) als 1. und 2. bezeichnet, am wenigsten befallen waren. Sie waren sicher auch weniger zerstört als dies bei Paralyse der Fall zu sein pflegt. Dies drückt sich schon in der weniger fortgeschrittenen Degeneration der Markscheiden und der meist schwächer als bei Paralyse entwickelten Randglia aus. Auch Abbauprodukte fanden sich dort weniger reichlich. Die der 5. (Riesenzellenschicht) vorgelagerten Schichten 3. und 4. schienen in allen Windungen am regelmäßigsten und stärksten befallen, während die 5. und folgende mehr unregelmäßig befallen schienen, insofern Partien mit starkem Abbau und Degeneration mit besser erhaltenen abwechselten.

Es dürfte einiges Interesse bieten, den photographischen Durchschnitt der Hirnrinde verschiedener Windungen des vorliegenden Falles mit Rindendurchschnitten derselben Gegend von anderen Krankheitszuständen zu vergleichen.

Es wurden deshalb Rindendurchschnitte des vorliegenden Falles

---

[1]) *Brodmann*, Vergleichende Lokalisation der Großhirnrinde.



von *Korsakoff* aus Zentral-, Frontal- und Okzipitalwindung einander gegenübergestellt sowie diese wieder Durchschnitten aus der vorderen Zentral- und Frontalwindung von normaler Rinde Paralyse und seniler Demenz. Vgl. Taf. IV, Fig. 1 u. 2.

Dabei ist ohne weiteres ersichtlich, daß den am weitesten veränderten Eindruck der Durchschnitt der paralytischen Rinde macht. Die gesamte Rinde ist bei dieser zusammengeschrumpft, so daß es hier allein gelingt, in der vorliegenden Vergrößerung den ganzen Rindendurchschnitt auf die Platte zu bringen, während bei den übrigen Durchschnitten die 2. Schicht als die oberste genommen wurde, um möglichst viel von der Rinde auf die Platte zu bringen. Besonders in den obersten Schichten ist bei Paralyse die Schrumpfung sehr stark, was sich namentlich auch in dem Schwund der Tangentialfasern ausdrückt, die streckenweise ganz ausgefallen sind (vgl. Taf. II, Fig. 1 und 2). Auch die Gefäßvermehrung läßt sich bei Paralyse leicht erkennen. Die Ganglienzellen sind durchweg kleiner als normal. In der vorderen Zentralwindung, wo die Grenzen der 3. bis 5. Schicht an sich mehr verwischt sind, läßt sich doch sagen, daß auch hier bei der Paralyse in den obersten Schichten die stärksten Veränderungen zu sein scheinen, während nach unten zu der Ausfall geringer und mehr herdweise zu sein scheint.

Auch bei *Korsakoff* ist die Rinde im ganzen geschrumpft, wenn auch nicht in dem Grade wie bei Paralyse. Die 1. und 2. Schicht scheint weniger befallen. In der 3. und 4. ist die Veränderung der Zellen am stärksten, während sie in der Schicht der Riesenzellen wieder geringer wird; wenigstens sind die einzelnen Zellgruppen ungleich stark verändert. Im photographischen Bild zeigt sich ferner, daß die Zellen insgesamt geschrumpft pyknotisch sind, doch wieder nicht so stark wie bei Paralyse. Im Gegensatz dazu zeigt die Rinde bei seniler Demenz zwar große Lücken, aber es erscheint weder die Rinde als Ganzes wesentlich geschrumpft, noch haben die einzelnen noch vorhandenen Zellen viel von ihrer Größe eingebüßt, wenigstens nicht alle. Am stärksten geschwunden zeigt sich also die Rinde bei Paralyse. Am nächsten kommt ihr die *Korsakoff*sche Erkrankung.

Bei unserem Falle finden sich also die stärksten Veränderungen in dem oberen Teil der vier tieferen Schichten der vorderen Zentralwindung, während die oberen beiden Schichten erheblich weniger



efallen sind und sich dadurch auch von der Paralyse deutlich unter-
cheiden.

Auch die Frontalwindung ist in unserem Fall etwas weniger mitgenommen, als die der vorderen Zentralwindung, während wir bei Paralyse auch häufig die schwersten Veränderungen frontal finden. Es läßt sich also immerhin eine gewisse Vorliebe des Krankheitsprozesses für bestimmte Gebiete und Zellschichten finden. Vor allem ist der Umstand bemerkenswert, daß die beiden obersten Schichten der Rinde, in der unter anderem viele Tangentialfasern verlaufen, weniger angegriffen sind. Man sollte annehmen, daß dies auf das Symptomenbild einen gewissen Einfluß hat, da *Nissl* a. a. O. nachgewiesen hat, daß die obersten Schichten der Rinde einer anderen Funktion dienen, als die tieferen. Die stärkeren Veränderungen in den tieferen Schichten der vorderen Zentralwindung dürften übrigens auch wohl mit den motorischen Störungen, den Atrophien und der Degeneration der großen Nervenstämme in den Extremitäten zusammenhängen.

An und für sich ist es nicht so leicht verständlich, daß eine offenbar ganz allgemeine Schädigung, die die Hirnzellen in so intensiver Weise abbaut, nicht alle gleichmäßig trifft, bei gleichen Zirkulationsverhältnissen.

Die Ganglienzellen zeigen jedoch sehr verschiedene Form nicht nur in verschiedenen Bezirken des Gehirns, sondern auch nach den Schichten. Da nun nach Analogie von anderen Zellen einer verschiedenen Form eine verschiedene Funktion entspricht und dieser wieder eine verschiedene chemische Konstitution, so dürften die einzelnen Zellformen auch eine verschiedene Affinität zu den im Blute kreisenden Schädlichkeiten haben und daher verschieden stark abgebaut werden, was sich mikroskopisch darin ausdrückt, daß einzelne Zellformen (z. B. die Riesenzellen) und Schichten, die vorwiegend bestimmte Zellformen enthalten, weniger abgebaut zu sein schienen als andere.

Zusammenfassend läßt sich sagen:

1. Durch die neueren Untersuchungen wurden unsere früheren Befunde sowie die von *Vollrath* und *Meyer* in der Hauptsache bestätigt.

2. Mit *Meyer* möchte ich den lebhaften Abbau als den eigentlichen Krankheitsvorgang ansehen. Es spricht dafür auch der Um-

stand, daß in dem einen akut verlaufenden Falle der Abbau wesentlich lebhafter war als in den chronisch verlaufenden.

3. Die erheblichsten Veränderungen hat der Krankheitsprozeß von den untersuchten Partien in der vorderen Zentralwindung, nächstdem in der ersten Frontalwindung zurückgelassen, die geringsten in der Okzipitalgegend.

4. Von den Schichten der genannten Windungen sind die tieferen 3 bis 6 stärker befallen als die 1. und 2. Es drückt sich dies nicht nur in dem spärlichen Auftreten der Abbauprodukte, sondern auch in der geringeren Schrumpfung, dem besseren Erhaltensein der oberen Tangentialfasern, der geringeren Entwicklung der Glia, namentlich im Vergleich gegenüber der Paralyse aus.

5. Letzterer Krankheit gegenüber ist auch die Schrumpfung der gesamten Rinde geringer. —

Läßt sich nun diese Lokalisation des Krankheitsprozesses in irgendeiner Weise mit den psychischen Erscheinungen in Beziehung setzen?

Zunächst läßt sich im allgemeinen sagen, daß entsprechend dem anatomischen Befund bei der *Korsakoff*schen Psychose doch kaum eine solche psychische Verödung eintritt wie bei der Paralyse.

Unser Patient zeigte, auch in den vorgeschrittenen Stadien der Krankheit, trotzdem schwere psychische Elementarstörungen nachweisbar waren, stets das Bestreben, die Einheit der psychischen Persönlichkeit zu wahren. Stets bewahrte er eine gewisse äußere Haltung. Obwohl an sich unproduktiv, entbehrten seine Konfabulationen, zu denen man ihn aber veranlassen mußte, nicht eines gewissen Zusammenhangs und phantastistischer Lebhaftigkeit, ohne daß er dabei den Boden des Möglichen verließ.

Wir wissen ferner durch die Untersuchungen von *Gregor*[1]), daß *Korsakoff*kranke trotz der Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses noch einen erheblichen Grad von Lernfähigkeit besitzen, worin sie sich wesentlich von Paralytikern unterscheiden.

Halten wir diese Tatsachen mit unserem anatomischen Befund zusammen, nach dem die beiden oberen Rindenschichten am wenigsten krankhaft verändert sind, so läßt sich wohl die Frage aufwerfen, ob

---

[1]) *Gregor*, Leitfaden der experimentellen Psychopathologie.

nicht die gegenüber der Paralyse wesentlich besseren psychischen Leistungen gerade mit dem Erhaltensein dieser Schichten zusammenhängen.

Man kann gerade deshalb daran denken, weil nach *Nissl*schen Untersuchungen nur die tieferen Schichten der Lokalisation, die oberen aber anderen Funktionen, wahrscheinlich der Assoziation, dienen.

Erklärung der Abbildungen.

Taf. I. Fig. 1. Veränderte Ganglienzellen.
Fig. 2. Glia aus der vorderen Zentralwindung.
Fig. 3. Gliawucherung und Spinnenzellen aus dem Marklager der vorderen Zentralwindung.
Fig. 4. Degenerierte Partie im Marklager der vorderen Zentralwindung.

Taf. II. Fig. 1. Paralyse } Tangentialfasern.
Fig. 2. *Korsakoff* } Tangentialfasern.

Taf. III. Abbauprodukte aus der Rinde (*Herxheimer*sche Färbung)

Taf. IV. Fig. 1. Vier Rindendurchschnitte aus der vorderen Zentralwindung.
a) Normale Hirnrinde.
b) *Korsakoff*.
c) Paralyse.
d) Senile Demenz.

Fig. 2. Vier Durchschnitte durch die Frontalrinde.
a) Normale Rinde.
b) *Korsakoff*.
c) Paralyse.
d) Senile Demenz.

Fig. 3. Zwei Durchschnitte aus der Gegend der Fissura calcarina.
a) Normale Rinde.
b) *Korsakoff*.



Über Zwillingspsychosen.

Von Dr. Schultes-Illenau.

Geisteskrankheiten bei Zwillingen bieten ein besonderes Interesse. Es erkranken hier zwei Individuen, die unter denselben Verhältnissen gezeugt, mit derselben hereditären Mitgift belastet, die gleiche intrauterine und wohl auch meistens die erste extrauterine Lebensperiode im gleichen oder doch nicht wesentlich verschiedenen Milieu gemeinsam durchlebt haben.

Der verhältnismäßig geringen Zahl der veröffentlichten Fälle können wir fünf weitere aus Illenau beifügen. In allen unseren Fällen waren beide Zwillinge erkrankt, in vier davon wurden beide Geschwister in der Anstalt behandelt, in einem weiteren war die eine Schwester hier, die andere nur bei gelegentlichen Besuchen unserer Beobachtung zugänglich.

I. Fall. S. und E. A.

1. S. A., geb. 8. III. 1872, ist erblich belastet, der Vater war ein sehr nervöser, leicht erregbarer Mann. Eine Schwester des Vaters litt an schwerer Hysterie mit Krampfanfällen und zeigte ausgesprochene Verfolgungsideen, eine weitere Schwester, in der Jugend schwer rhachitisch, hat zwei psychisch abnorme Kinder; die jüngste Schwester hat einen Sohn, der wegen Geisteskrankheit in einer Anstalt war. Die Schwester der Großmutter mütterlicherseits war ein eigenartiger Charakter.

Außer ihrer Zwillingsschwester E. hat die Kranke noch vier jüngere Geschwister, von denen eine Schwester früh an Rhachitis starb; drei Brüder sind psychisch gesund.

Die Pat. selbst war von mittelmäßiger Begabung und hatte ein lebhaftes, geselliges Temperament. Als Kind litt sie viel an fieberhaften Erkrankungen. Mit 12 Jahren wurde sie menstruiert. Mit 15 Jahren war sie ein Jahr lang bleichsüchtig.

Im Mai 1887 kam die Kranke in ein Pensionat und wurde dort gleich vom Heimweh befallen. Daran schloß sich eine psychische Aufregung, der wieder ein Stadium von Apathie folgte. Im September wurde S. nach Hause genommen.



In der Folge bildete sich ein typischer Zustandswechsel zwischen Exaltation und Depression von je 14 tägiger Dauer aus. Die Exaltation begann regelmäßig mit dem Eintritt der reichlichen, anfangs von Schmerzen begleiteten Menses. In rasch ansteigendem Grad wurde Pat. sehr lebhaft, gereizt und unzufrieden; sie sprach sehr viel, war zu Streit und Schelten geneigt, fühlte einen erhöhten Arbeitsdrang, fing alles an, vollendete aber nichts; dabei hatte sie verminderten Schlaf, oft geröteten Kopf, zeitweise Kopfschmerzen.

Rasch vollzog sich der Umschlag. In zwei Tagen war die ganze Persönlichkeit wie umgewandelt. Sie war düster und niedergeschlagen, müde, unlustig zur Arbeit, schläfrig, appetitlos.

Von April 1897 nahmen die Anfälle unter ärztlicher Behandlung an Intensität ab. Im August aber trat ein viel heftigerer und längerer Erregungsanfall auf, der nicht mehr an die Menstrualzeit gebunden war. Nach 14 tägigem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wurde Pat. am 13. November 1888 erstmals hier aufgenommen. Die Kranke war bis jetzt 13 mal in Illenau: 1888, 1889, 1890, 1891, 1893, 1894, 1896, 1897, 1899, 1901, 1903, 1905, 1907, 1908, und zwar jeweils ein halbes bis ein ganzes Jahr lang.

Seit 26. Dezember 1909 befindet sich die Pat. in ununterbrochener Erregung mit leichten Schwankungen hier.

Sonst stellt jede dieser Aufenthaltszeiten eine Erregungsphase dar. Die Zwischenzeit war durch ein relativ normales Verhalten und die leichte Depression ausgefüllt, in der die Kranke zu Hause gehalten werden konnte. Jede der Erregungen glich der anderen photographisch genau.

Die Kranke ist ein Mädchen von kräftiger, untersetzter Statur, sehr wohl genährt, von frischer Hautfarbe. Sie hat reichliches blondes Haar, der Gesichtsteil des Kopfes ist stärker ausgebildet, als der Schädelteil. Besondere Degenerationszeichen außer angewachsenen Ohrläppchen sind nicht vorhanden. Die inneren Organe sind gesund, motorische oder sensible Störungen nicht vorhanden.

Mit ihrem plumpen Aussehen kontrastiert sehr ihre Lebhaftigkeit in allen Bewegungen, die dem ganzen Gebahren etwas Ungraziöses verleihen. Mit großen Schritten geht sie lebhaft auf und ab, gestikuliert mit den Händen und spricht dabei unaufhörlich. Ihre Stimmung ist meist ausgelassen heiter und gibt sich oft durch lautes, hemmungloses Lachen kund. Dabei ist die Kranke klar und besonnen und faßt sehr gut auf. Sie verfügt über ein gutes Gedächtnis, ihr Vorstellungsablauf ist außerordentlich beschleunigt. An alle, auch die bedeutunglosesten Episoden aus ihrer Vergangenheit hat sie eine treue Rückerinnerung und bringt sie in abschweifender, ideenflüchtiger Weise vor. Voll Unternehmungslust und Geschäftigkeit will sie alles anfangen; nichts wird aber vollendet. Sie bekümmert sich um anderer Leute Krankheit und Verhältnisse, frägt andere aus und gibt ihr Urteil ab. Sie selbst ist kern-



gesund und begreift nicht, daß sie in der Anstalt sein muß. Überall führt sie das Wort; durch auffallende Kleidung, phantastische Frisur sucht sie besonders, wenn Herren in der Nähe sind, aufzufallen, selbst auf Kosten der guten Sitten. Gegen ihre Mitpatienten ist sie rücksichtslos, gibt einzelnen ihre Antipathie deutlich zu fühlen und sucht sie auf jede Weise zu kränken. Sie fügt sich keiner Autorität und wurde wiederholt gegen die Eltern aggressiv. In der Anstalt zeigt sie sich etwas gefügiger, reagiert aber auch hier in heftigster Weise auf jeden unerfüllten Wunsch.

In der anderen Phase ihrer Krankheit ist die Pat. still, mißmutig, einsilbig. Sie erscheint müde, schwer besinnlich, faul. Der früher so lebhafte Gesichtsausdruck wird stumpf, energielos, gedunsen. Zu keiner Arbeit ist sie fähig und empfindet selbst diese Unfähigkeit schmerzlich. Ein ihr unerklärter Druck lastet auf ihr, sie fürchtet sich und weiß nicht warum. Dabei ist sie mürrisch und reizbar, sie fühlt sich schwer krank und hat dann für ihre aufgeregte Zeit Krankheitseinsicht. Zu diesen Zeiten schreibt sie sich die Schuld an der Erkrankung ihrer Schwester zu.

Der Übergang der Erregung in die Depression ist in der Regel ein allmählicher und führt über eine Zeit annähernd normalen Verhaltens. Auf die Depression folgt die Erregung fast immer plötzlich im Verlauf von wenigen Tagen und steigert sich rasch bis zur vollen Höhe.

Mit der Zeit, besonders in den letzten Jahren, wurde ein, wenn auch nur ganz allmählich, fortschreitender Rückgang der ethischen und auch der intellektuellen Fähigkeiten deutlich bemerkbar.

2. Die Zwillingsschwester E. galt von den beiden Geschwistern für die ruhigere und vernünftigere. Außer an Halsentzündung war sie nie krank. In der Schule lernte sie nicht besonders gut, war aber wie ihre Schwester tüchtig im Haushalt.

Bis zum 18. Jahre soll sie gesund gewesen sein. Schon im Jahre 1890 berichtete die Mutter bei einer Aufnahme der Schwester, daß auch E. im Anschluß an die Periode erregter und deprimierter geworden sei. In demselben Jahre trat schon ein länger dauerndes Exaltationsstadium, im darauffolgenden eine schwere Depression auf, die in ganz plötzlichem Wechsel wieder in eine heftige Erregung überging. Seither habe der Zustand andauernd gewechselt, bis um Weihnachten 1899 eine ungewöhnlich starke Aufregung kam. Eines Abends fing sie plötzlich an viel zu sprechen, sie erzählte unaufhörlich, Wahres und Erdichtetes gemischt. Sie lief in den folgenden Tagen von Hause weg, brachte bei fremden Leuten Skandalgeschichten von ihrer Familie vor, hetzte die Leute gegeneinander auf und beschimpfte sie laut. Immer mehr steigerte sich die Erregung, und infolge von Konflikten mit den Hausleuten wurde die bisher übliche Verpflegung zu Hause unmöglich. Am 14. Februar 1900 wurde E. A. hier aufgenommen.

Sie war in einem Zustande von maniakalischer Aufregung. Bei klarem Bewußtsein sprach sie sehr viel und lebte in sorglosester, heiterer

Stimmung dahin. Wie ihre Schwester war sie voller Unternehmungslust, aber ohne jede Ausdauer; sie war ausgelassen, streitsüchtig und kam nur dann mit anderen aus, wenn ihr in allem nachgegeben wurde. Sie selbst schildert ihre Gemütsschwankungen folgendermaßen:

„In der Schwermut bin ich verstimmt. Nichts macht mir mehr Freude; ich bin wie tot, es ist mir so arg schwer und ich tät gern sterben. Von der ganzen Welt will ich nichts wissen, ich kann nicht mehr recht denken, ich hab' einen argen Druck auf dem Kopf, und vor den Augen wie Nebel. Ich kann nicht mehr arbeiten, ich bring' nichts fertig; in Händen und Füßen bekomme ich ein Zittern, nachts kann ich nicht schlafen, nur noch so hindämmern. — In der Aufregung da ist's ganz anders, da bring' ich alles fertig, ich hab' Freud an der Welt und freu' mich an Allem, was ich hör' und seh'. Es gefällt mir hier ausgezeichnet, glaub' mich in der Sommerfrische. Ich allein bin ganz gesund. Allen möcht' ich gern helfen, Jedem gäb' ich ein bischen von meinem frohen Gemüt, wenn man's nur übertragen könnt."

Für ihre früheren Aufregungen hatte sie Krankheitseinsicht, für die gegenwärtige nicht.

Im April trat eine allmähliche Beruhigung ein, und im Mai konnte die Pat. in annähernd normalem Zustand entlassen werden.

E. machte auch nach ihrer Entlassung abwechselnde Erregungs- und Depressionszustände durch.

Seit 22. April 1910 befindet sich E. A. wieder in einer Anstalt. Nach einem Bericht hat die Pat. dort etwa jedes Jahr eine mehrwöchentliche Depression, im übrigen besteht eine leicht manische Grundstimmung, die sich zuweilen zu größerer Lebhaftigkeit steigert, doch halten sich die Schwankungen nach beiden Seiten hin in mäßigen Grenzen.

Sehr bemerkenswert ist die auffallende Ähnlichkeit beider Geschwister. Als E. in die Anstalt kam, begrüßte man sie allgemein als ihre hier bekanntere Zwillingsschwester. Auch ein aufmerksamer Beobachter konnte sich nur schwer von der Verschiedenheit der beiden Pat. überzeugen, so übereinstimmend waren Aussehen, Haltung, Bewegungen und Manieren, die Stimme und das ganze Gebahren bei beiden Kranken.

Was das zeitliche Zusammentreffen der beiderseitigen Krankheitsphasen betrifft, so fällt in der Regel die Erregung der einen Zwillingsschwester mit der Depression der anderen zusammen; wenn diese letztere erregt wird, verfällt die erstere meistens in die Depression, so daß die beiden Schwestern gleichzeitig fast immer das entgegengesetzte Krankheitsbild bieten.

II. Fall. F. und H. B.

1. F. B., geb. 29. XII. 1878, ledige Lehrerstochter, stammt von einem eigenartigen, sehr nervösen Vater. Die Mutter selbst ist eine verschrobene, beschränkte Frau. Außer der Zwillingsschwester sind keine weiteren Geschwister vorhanden.



Die Pat. selbst war angeblich gut beanlagt, zeigte aber von frühester Kindheit an einen großen Eigensinn. Außer an Keuchhusten und Scharlach war sie nie krank. Nach der Schule, die sie mit mittelmäßigem Erfolg absolvierte, war sie eine Zeitlang zu Hause und kam dann nach Frankfurt in den Dienst. In dieser Zeit blieben die Menses zwei Monate aus. Ende September 1897 wurde sie von einem Laien gynäkologisch untersucht. Man sagte ihr, sie bekomme in zwei Monaten ein Kind.

Durch diesen Ausspruch geängstigt, trug sie sich mit dem Gedanken, sich in den Main zu stürzen. Sie fühlte sich zu jeder Arbeit unfähig, kam von ihrer Stelle weg, nahm noch eine weitere Stelle an, konnte aber auch hier nicht genügen und kehrte deshalb Juni 1898 nach Hause zurück.

Wenige Tage darauf erfolgte ein heftiger Ausbruch ihrer Krankheit. In religiös exaltierter Stimmung betete sie Tag und Nacht, sprach ganz unzusammenhängend und verwirrt, vornehmlich von einem großen Sieg über die Sünde und der ewigen Seligkeit. Daneben äußerte sie wieder flüchtige Vergiftungsideen, die Furcht vor baldigem Sterben. Sie sah einen Totensarg hinter sich hertragen, bekam Angst, lief mehrmals von Hause weg, stellte schließlich jede Nahrungsaufnahme ein und wurde deshalb am 18. Juli 1898 nach Illenau gebracht.

Die Kranke war völlig verwirrt und erregt. Sie zog sich aus, löste ihre Haare, sprang wild umher und machte beständig Abwehrbewegungen nach allen Seiten, besonders nach hinten. Oft hielt sie sich unter Gebärden höchsten Abscheus Mund und Nase zu, schrie und schimpfte in die Luft. Sie war kaum zu fixieren, gab aber auf eindringliches, wiederholtes Fragen Antwort durch Nicken und Schütteln des Kopfes. Auf das Vorhandensein von Halluzinationen aller Sinne deuteten gelegentliche Äußerungen: „Die Geister reißen mir noch alle Haare aus dem Kopf." „Jetzt hetzt der den Bock auf mich" und dergleichen mehr.

In ihrer Erregung bot die Kranke stereotype Stellungen und Posen: dabei war sie ganz unzugänglich, wies jede Annäherung schroff ab und neigte zur Unreinlichkeit.

Diese Erregung erhielt sich mit geringen Schwankungen auf derselben Höhe bis Ende September, wo sie von einzelnen ruhigen Tagen mit großer Mattigkeit und Erschlaffung unterbrochen wurde. Allmählich wurden diese ruhigen Tage häufiger, und auch das Bewußtsein hellte sich auf. Anfang November war sie örtlich und zeitlich orientiert, hielt sich ruhig und geordnet und beschäftigte sich dauernder.

Am 4. Januar wurde sie entlassen. Retrospektiv gab die Kranke als Ursache ihrer Erkrankung die schlechte Behandlung von ihrem aufgeregten Vater an. Wie sie sich einmal sehr darüber grämte und von Hause fortlief, spürte sie ein heftiges Brennen an beiden Fußsohlen. Sie glaubte, der Boden sei vergiftet und hatte von nun an keine Ruhe mehr.

An die folgende Zeit besteht nur eine summarische Erinnerung. Es sei ihr immer gewesen, wie wenn sie hinten um den Leib gepackt und



an den Haaren gezogen würde. Nachts habe sie lauter Flammen gesehen, sie fürchtete, in eine Lokomotive geworfen zu werden. Sie empfand die unangenehmsten Geruchs- und Geschmacksempfindungen und hörte Stimmen peinlichen Inhalts, u. a. auch, ihre Schwester würde niemals Lehrerin werden. Über die Dauer dieses Zustands hatte sie gar keine Einsicht. Erst sehr spät orientierte sie sich darüber.

Bei der Entlassung waren noch Charaktereigentümlichkeiten zu bemerken: ein finsteres, verschlossenes Wesen, Hang zur Einsamkeit, Eigensinn, erhöhte Reizbarkeit. Beim geringsten Anlaß wurde sie zornig, gab überhaupt meist patzige Antworten. Wahrscheinlich haben diese Charaktereigenschaften schon vor dem Ausbruch der Erkrankung bestanden, wie denn auch die später aufgenommene Zwillingsschwester Hulda ganz genau denselben Charakter darbot.

Am 14. Mai 1900 wurde F. B. der Anstalt wieder zugeführt. Sie soll nach Angabe der Mutter zu Hause ganz gesund und sehr fleißig gewesen sein. Eine Krankenschwester hielt die Pat. aber auch in dieser Zwischenzeit nicht für normal. Ende Februar begann der Ausbruch der Erkrankung wieder in ganz ähnlicher Weise wie früher.

Sie spürte wieder Brennen und Ameisenkriechen in Füßen und Händen, sie fürchtete selbst, wieder krank zu werden, sie bekam starke Zahn- und Gesichtsschmerzen, eine ungemein empfindliche Kopfhaut. Sie war dabei sehr gereizt und erregt. Darauf folgten 4 Wochen, wo sie steif und starr im Bett lag, nichts sprach, nur notdürftig etwas Flüssigkeit zu sich nahm. 5 Tage lang habe sie kein Wasser gelassen, auch der Stuhlgang war fast ganz angehalten. Auf diesen Zustand folgte eine Erregung, ganz derselben Art wie die erste. Nach zweimonatiger Dauer legte sich die Erregung wieder, und nach einem kürzeren depressiven Stadium mit großer Schlaffheit und Müdigkeit konnte die Pat. am 30. August 1900 wieder nach Hause entlassen werden.

Dort war der Zustand der Kranken nach Angabe eines Onkels ein ziemlich befriedigender. Sie war zwar sehr still, aber fähig, in der Landwirtschaft etwas mitzuhelfen und Kinder zu hüten.

Etwas geistig Abnormes wurde von den Angehörigen angeblich nicht bemerkt.

Der Anlaß zum nächsten Anfall gab diesmal die Krankheit der Zwillingsschwester H., die Ende November 1903 ins Krankenhaus überführt werden mußte. Seitdem arbeitete F. nichts mehr, sie blieb im Bett liegen, sprach und aß nichts mehr, hatte eiskalte Hände und Füße. Nach wenigen Tagen wurde sie unruhiger, sie ging unstät hin und her, verließ nachts das Bett und war bei allen Maßnahmen widerstrebend.

An demselben Tage — am 13. Dezember 1903 — wurden beide Zwillingsschwestern zugleich hier aufgenommen.

Der Zustand der F. bei der Aufnahme und der Verlauf der Krankheit war wieder ganz derselbe, wie bei den früheren Anfällen; nur waren die



Zeichen einer vorgeschrittenen geistigen Schwäche noch deutlicher. Ihr ganzes Benehmen war noch läppischer; sie gröhlte unartikulierte Laute hinaus, wühlte sinn- und zwecklos im Bett herum. Die Nahrungsaufnahme war unregelmäßig, bald abstinierte sie völlig, bald zeigte sie einen wahren Heißhunger. Die Merkfähigkeit war zeitweise besser als früher, dagegen bestand eine größere Neigung zur Unreinlichkeit.

2. Die Zwillingsschwester H. war früher stets gesund und lernte in der Schule leicht mit gutem Erfolg. Mit 14 Jahren wurde sie erstmals, und von da an regelmäßig ohne psychische Alteration menstruiert. Sie war von gutmütigem Charakter, zeigte aber früh einen Hang zur Einsamkeit. Nach der Volksschule besuchte sie 2 Jahre lang eine Töchterschule, um sich zum Lehrerinnenexamen vorzubereiten; im 18. Lebensjahre wurde sie aber durch den Ausbruch der Psychose an ihrer weiteren Ausbildung gehemmt. In diesem ersten Anfall betete sie viel und wechselte oft in ihrer Stimmung. Der Anfall dauerte 7 Monate; doch konnte Pat. zu Hause bleiben.

Über die folgende Zeit ist nichts Sicheres bekannt. Der Umstand, daß die Kranke ihre Studien zum Lehrerinnenexamen nicht wieder aufnehmen konnte, läßt wohl den Schluß zu, daß die Genesung keine vollständige war.

Nach einem anfänglichen Depressionsstadium im Sommer 1903, wo eine früher nicht vorhandene, weichliche Stimmung, anhaltendes Weinen beim geringsten Anlaß auffiel, fing die Kranke wieder plötzlich an, viel und laut zu beten. Sie sprach ein geziertes Hochdeutsch, kommandierte ihre Hausgenossen in barscher, hochfahrender Weise, wurde bei Widerspruch sehr heftig und gereizt, äußerte flüchtige Größenideen, und wechselte rasch in der Stimmung.

Sie kam ins Spital, entwich aber bald wieder nach Hause, war dort sehr laut und störend, schrie, lärmte und schlug gleich darein. Dazwischen kamen manchmal bessere Tage, wo sich die Pat. ruhig mit Handarbeiten beschäftigte.

Unter dem Vorwand ihre Schwester zu begleiten, wurde die Kranke am 13. Dezember 1903 in die Anstalt gebracht. Sie war über die Täuschung sehr erregt, schimpfte laut und wollte entweichen. In ihren Antworten war sie äußerst grob und abweisend, ohne aber verwirrt zu sein. Anamnestische Fragen beantwortete sie gar nicht, man wisse doch schon alles.

Im weiteren Verlauf behielt die Kranke bei ziemlicher geistiger Klarheit das barsche, abweisende Verhalten bei, drängte sehr fort, sie müsse heim, ihre Vorbereitung zum Examen fortsetzen. Darauf folgten einige Wochen verhältnismäßiger Ruhe. Die Kranke beschäftigte sich mit Handarbeiten, Singen, Klavierspielen. Überall zeigte sich aber eine starke Überschätzung ihrer Fähigkeiten.

In den nächsten Monaten war die Pat. wieder erregter. Es waren lebhafte Halluzinationen vorhanden; die Kranke rief Schimpfworte in die Luft, nach der Wand zu, war gegen jedermann schroff abweisend und wurde in ihrem ganzen Verhalten der Schwester in ihrem früheren Erregungszustand immer ähnlicher.

Beide Schwestern, die sich auch körperlich sehr gleichen, befinden sich gegenwärtig in fast ganz demselben Zustand von vorgeschrittener geistiger Schwäche mit gemütlicher Stumpfheit, bedeutend reduzierter Arbeitsfähigkeit und regellos wiederkehrenden halluzinatorischen Erregungen in einer Pflegeanstalt.

Bemerkenswert ist bei beiden Kranken neben ihrer körperlichen Ähnlichkeit ihre gleich schroffe, barsche Ausdrucksweise und der gleichartige Klang ihrer Stimme.

III. Fall. G. und F. C.

Beide Brüder stammen von einem trunksüchtigen Vater ab, der frühzeitig an Wassersucht starb. Der Sohn einer Mutterschwester litt an Epilepsie, verblödete rasch und starb mit 30 Jahren. Von den fünf Geschwistern sind nur zwei, der älteste Bruder und die einzige Schwester gesund geblieben. Der nächstälteste Bruder trank täglich 1—2 l Schnaps, machte mehrere Alkoholdelirien durch, kam 1893 nach einem Suizidversuch — er hatte sich die Trachea halb durchschnitten — auf kurze Zeit nach Illenau und starb bald darauf in völliger Verblödung in einer Kreispflegeanstalt.

1. G. C., geb. 7. I. 1857, soll in den ersten 14 Tagen seines Lebens an Gichtern gelitten haben. Wie sein Zwillingsbruder F. war er schon von Jugend an sehr eigensinnig. Wenn ihm eine Arbeit nicht behagte, ließ er sie einfach liegen und ging ins Wirtshaus.

G. ist jetzt in zweiter Ehe verheiratet. Seine älteste Tochter erster Ehe hat sich ertränkt.

Bis zum 22. Jahr war er gesund. 1881 überstand er eine Nierenentzündung, die er für seine psychischen Erkrankungen verantwortlich macht.

Im September trat im Anschluß an einen Trinkexzeß ein akuter deliranter Erregungszustand auf, in dem er seine Umgebung mit dem Messer bedrohte. Nach mehreren ruhigen Tagen wiederholte sich nach erneutem Alkoholgenuß die Erregung in ähnlicher Weise. Er schlug alles zusammen, mißhandelte seine Mutter und wurde am 17. Oktober gebunden ins Spital gebracht. Dort war er vier Wochen lang sehr erregt, zerriß alles, soll immer Visionen und Gehörstäuschungen gehabt haben. Am 11. November 1881 kam er erstmals in unsere Anstalt. In der ersten Nacht tobte er äußerst heftig und mußte isoliert werden. Er erzählte am anderen Morgen, er habe sich die ganze Nacht wehren müssen, man habe ihn ins Feuer werfen wollen.



Die folgenden Wochen war er ruhiger, aber sehr leicht reizbar, händelsüchtig, anspruchsvoll, euphorisch, manchmal ausgelassen heiter. Ende Dezember trat noch einmal eine halluzinatorische Erregung stärkeren Grades auf. Er erzählte nachher, er habe gegen Türken und Juden fechten müssen. Von Dezember ab fing er an zu arbeiten; er erregte zunächst zwar auf dem Arbeitsplatz durch seine Personenverkennungen, seine Späße und abenteuerlichen Kleidungsdekorationen allgemeine Heiterkeit, auch träumte er nachts noch sehr lebhaft und schlief kaum einige Stunden; doch wurde er bald ruhiger und lenksamer und konnte am 16. Februar 1882 vom Anfall genesen entlassen werden.

Nach diesem ersten Anstaltsaufenthalt soll er immer von Zeit zu Zeit stärker getrunken haben und dann geistig „nicht ganz normal" gewesen sein, doch erfüllte er zur Not seine Familien- und Berufspflichten.

Den Anlaß zu seiner zweiten Aufnahme 18. Dezember 1893 bis 22. Februar 1894 bot der Tod seiner Schwiegermutter, deren geringer Nachlaß ihn enttäuschte. Er regte sich darüber auf und ergab sich stark dem Trunke. Er erklärte, jetzt alles zu vertrinken, was er noch habe, war ungemein unstät, wollte einmal sein ganzes Hab und Gut verkaufen und nach Amerika auswandern, vergaß aber den Plan sofort wieder und faßte im nächsten Moment andere Projekte. Nachts war er sehr unruhig, klopfte seine Leute heraus, rief sie gegen den Teufel zu Hilfe. Oft sah er auch Vögel und andere Tiere. Im Rausch schlug er auf seine Frau ein und bedrohte seine Angehörigen mit dem Messer. Unter dem Vorwand, sein Bruder sei in der Anstalt gestorben, wurde er hierher gelockt. Er wurde über die Täuschung äußerst aufgebracht, gereizt und gewalttätig. Bald schlug die Stimmung in eine exzessive Heiterkeit um. Er sprach ungemein viel, prahlte mit seinen Kenntnissen, mit seinem großen Vermögen. Seine Kinder daheim verdürben mehr Brod, als andere zu essen hätten. Wie das erste Mal, schlief er auch jetzt sehr wenig, träumte lebhaft, sang und räsonnierte sehr viel. Vom Dezember ab war er ruhiger und ganz klar, doch sprach er noch sehr viel, wollte alles besser wissen und bot den Typus eines Wirtshausschwätzers.

Auch nach der diesmaligen Entlassung traten mehrfache Schwankungen, besonders Erregungen von kürzerer Dauer auf; doch konnte er fast 10 Jahre lang zu Hause bleiben.

Im Spätjahr 1903 begann er nach anstrengender, erschöpfender Feldarbeit sich wieder stärker dem Weingenuß zu ergeben. Seit Mitte Oktober sprach er sehr viel, renommierte, bedrohte wieder seine Frau mit dem Messer und wurde am 29. Oktober 1903 hier aufgenommen. Der Zustand war dem vorigen wieder ganz ähnlich, nur dauerte die Erregung länger, der Pat. neigte sehr zum Zerreißen, Zerstören und Sammeln; die Schlaflosigkeit, das kindische Prahlen und Renommieren, die ideenflüchtige Redeweise, die manische Spaßmacherei waren ganz in derselben



Weise vorhanden, wie in den früheren Anfällen. Am 7. September wurde Pat. entlassen.

Die vierte Aufnahme erfolgte am 23. Juli 1912. Mehrere Monate zuvor hatte der Pat. einen stuporartigen Depressionszustand durchgemacht. Der Kranke blieb zu Bett, blickte starr vor sich hin, sprach fast nichts, das Essen mußte ihm eingegeben werden.

Ende Juni trat plötzlich ein Umschlag in die Erregung ein. Pat. sprach sehr viel, sang Tag und Nacht, verkaufte von seinem Hausrat, um den Erlös zu vertrinken. Er fing mit Hausleuten und Nachbarn Streit an, hörte nachts die Stimme seiner verstorbenen Mutter, bedrohte seine Angehörigen mit dem Messer.

Er kam ins Spital, entwich dort und wurde dann in unsere Anstalt gebracht.

Der diesmalige Anfall verlief wieder ganz wie die früheren. Die Höhe der Erregung ist zur Zeit überschritten. Doch spricht der Pat. noch viel, macht allerlei alberne Witze und schläft schlecht.

2. F. C. erlitt im 19. Lebensjahr einen schweren Sturz mit achttägiger Bewußtlosigkeit. Seitdem zeigte er eine große Intoleranz gegen Alkohol und wurde oft nach Weingenuß verwirrt und bewußtlos.

Nachdem Pat. vom 8. November 1877 ab ¼ Jahr lang als strammer, pflichtgetreuer Soldat gedient hatte, wurde er ohne äußeren Anlaß plötzlich erregt, stieg über die Mauer und lief vom Dienst weg. Er sprach sehr viel, wollte Gefreiter werden, große Reisen unternehmen. Nach achttägigem Aufenthalt im Lazarett kam er in eine elsässische Anstalt. Dort steigerte sich die Erregung in den ersten Tagen weiter. Es traten Halluzinationen und Illusionen auf, der Kranke sprach verwirrt, äußerte Größen- und Verfolgungsideen. Am 11. Mai 1878 machte er einem Suizidversuch durch Erhängen. Darauf folgte eine ungewöhnlich intensive tobsüchtige Erregung mit blinder Zerstörungssucht. Von Anfang August an wurde er ruhiger und konnte nach Hause genommen werden. Völlige Genesung trat aber erst nach einigen Monaten ein.

Nach zweijähriger ordentlicher Lebensführung heiratete er und lebte unter völliger Alkoholabstinenz in glücklicher Ehe. Von vier Kindern starben drei im zarten Alter an Konvulsionen. 14 Tage nach dem Tod seiner Frau begann im Januar 1886 wiederum eine Erregung. Er stand nachts auf, sang, wurde beim geringsten Widerspruch sehr aufgeregt, beschimpfte und bedrohte seine betagte Mutter mit dem Messer. Er fütterte sein Vieh nicht mehr, verkaufte das Futter und vertrank den Erlös. Der Schlaf war sehr gestört. Pat. sang die ganze Nacht, er renommierte mit seinem vielen Geld, machte allerlei Heiratsprojekte, faßte den Plan, nach Amerika auszuwandern und äußerte öfters Selbstmordabsichten. Am 14. Februar 1886 kam er in unsere Anstalt. Er bot alle Zeichen des Trinkers, war motorisch sehr erregt und zerstörungsüchtig. Nachts hatte er lebhafte Halluzinationen und zeitweise Angstanfälle. Die Er-



regung schwand Ende April ziemlich plötzlich; am 9. Mai konnte er entlassen werden. Pat. war weiterhin vom 3. März 1906 bis 31. Juli 1906, ferner vom 8. August bis 20. Dezember 1911 in unserer Anstalt. Jedesmal verliefen die Erregungen ganz gleich und gingen in völlige Genesung über. Eine besondere auslösende Ursache war nie zu erkennen.

Die Ähnlichkeit beider Zwillinge war wohl anfangs eine sehr frappante. Durch den Sturz im 19. Lebensjahr erhielt F. eine Narbe über dem rechten Augenwinkel, im Jahre 1894, also in einer ruhigenPeriode, verlor er durch einen herabstürzenden Ast das rechte Auge, so daß die Ähnlichkeit beider Geschwister durch diese Entstellung gestört ist.

Eine größere Anhänglichkeit der Zwillingsgeschwister untereinander ist nicht festzustellen.

IV. Fall. F. und E. D.

1. F. D. stammt von einer nervösen Mutter, der Vatersbruder war ein eigenartiger Charakter. Sie kam 1½ Monate zu früh zur Welt, blieb 2 Jahre lang schwächlich, war aber dann körperlich und geistig gesund. Seit der Pubertät im 12. Lebensjahr traten ab und zu leichte Verstimmungen ein; im übrigen war Pat. sehr liebenswürdig, musikbegabt, aber von jeher zu Widerspruch neigend. Mit 19 Jahren litt sie längere Zeit an Aërophagie.

Ende September 1907 entwickelte sich innerhalb von 3 Tagen ein akuter, psychomotorischer Erregungszustand mit Schlaflosigkeit, raschem Stimmungswechsel, Ideenflucht, Hyperästhesie der Geruchsnerven. Sie faßte dabei sehr rasch auf, gebärdete sich theatralisch, machte allerlei Posen, folgte jedem Impuls. Sie hielt oft längere Zeit die Augen geschlossen, verweigerte 5 Tage lang die Nahrung, verkannte Personen, war aber leicht lenksam. Mitte November ließ die Erregung nach, doch bestanden noch Geruchs- und Gehörshalluzinationen, auch stellte sich wieder Luftschlucken ein. Ende November war der Erregungszustand vorüber; sie hatte nur noch eine lückenhafte Erinnerung. Seither besteht ein kindisches Verhalten, eine schwärmerische Neigung zu ihrem Violinlehrer und zum Violinspiel, das sie über alle Schwierigkeiten des Lebens hinwegbringe. Vom 30. September 1907 bis 4. Dezember 1907 war Pat. in einer psychiatrischen Klinik. Nach der Entlassung beschäftigte sie sich in keiner Weise, wechselte oft in der Stimmung, zeigte ein naives, absonderliches Gebahren; so wollte sie sich z. B. mit Hilfe eines Rechtsanwalts ihre Krankengeschichte aus der Klinik verschaffen.

Seit 1908 wechselte der Zustand viel. Sie las philosophische Bücher, die sie nicht verstand, lachte oft vor sich hin, trieb fast nur Musik.

Vom 12. Januar 1910 bis 29. April 1910 war Pat. in Illenau. Sie machte schon bei ihrer Aufnahme einen geistesschwachen Eindruck, horchte oft auf, gab zu, Stimmen zu hören, durch die sie aber in keiner Weise gestört werde. Sie sei sogar froh darüber. Sie brüstete sich damit, daß sie seit ihrem 17. Jahre nichts mehr im Haushalt arbeite, hielt alle

Kranken hier für gesund; oft nickte sie in Gedanken versunken lange Zeit mit dem Kopf, ging auf Spaziergängen manchmal einige Schritte ganz schnell vorwärts und blieb dann wieder für einige Augenblicke plötzlich stehen. Sie schrieb kindische Briefe, wollte zum Buddhismus übertreten, meinte, ihre Stimmen seien eben der Buddhismus.

Nach wechselndem Befinden zu Hause wurde sie am 26. Juli 1911 wieder hier aufgenommen und war bis 21. August 1911 in der Anstalt. Sie kam in einem leicht stuporösen Zustande an, hatte 2 Monate lang im Bett gelegen und nur philosophische Bücher gelesen. Im übrigen bot der Zustand gegen ihren ersten Aufenthalt wenig neues.

2. E. D., ihrer Zwillingsschwester äußerlich und im Charakter zum Verwechseln ähnlich, zeigte schon seit Ende 1908 ein eigenartiges Verhalten. Sie grimassierte, unterhielt sich „telephonisch" mit Künstlern, wurde par distance durch Radium und Röntgenstrahlen gequält.

Vom 27. Dezember 1908 bis 6. Februar 1909 war sie in einer psychiatrischen Klinik. Sie war dort klar und besonnen, lachte viel, schnitt Gesichter, streckte die Zunge heraus, gebärdete sich kindisch, war nachlässig in der Kleidung, manchmal erotisch. Wie ihre Schwester für ihren Violinlehrer, so schwärmte sie für ihre Klavierlehrerin, nur mit stärkerer sexueller Betonung. Sie hörte geheimnisvolle Stimmen, ihre Gedanken laut werden. Sie äußerte flüchtige, zerfahrene Wahnideen, so namentlich Verfolgungsideen gegen ihren Vater.

Nach einem kurzen Aufenthalt in einer Privatanstalt war Pat. vom 4. September 1909 bis 16. Oktober 1909 in Illenau.

Sie kam in die Anstalt, „um sich ihre Handlungsfähigkeit bestätigen zu lassen". Sie sei früher krank gemacht worden. Man habe ihr Darmgeschwüre aus der Entfernung weggebrannt. Ein Privatgelehrter habe ihre Gedanken gelesen. Musiker und Künstler seien nachts in ihr Zimmer gekommen und hätten mit ihr gesprochen. In der Klinik habe sie leise Schallwellen und telephonische Gespräche empfangen.

Die Kranke wurde ohne wesentliche Änderung entlassen und lebt jetzt zu Hause.

Die Beziehungen beider Zwillingsschwestern zueinander waren außerordentlich innige. Beide hatten dieselben künstlerischen Neigungen und Schwärmereien, dieselbe Sucht nach wissenschaftlicher Lektüre ohne Verständnis für den Inhalt, neben naiver Unkenntnis für die Anforderungen des praktischen Lebens.

Bei Besuchen begrüßten sie sich in überschwänglichen Umarmungen und fanden in ihrem gegenseitigen Verhältnis ein völliges Genügen, während sie Fremden und besonders den Eltern und ihrem einzigen älteren Bruder gegenüber eher feindlich gesinnt waren.

V. Fall. L. S. geb. E. und K. E.

Von väterlicher und von mütterlicher Seite liegt erbliche Belastung vor.



Der Vater ist geistig nicht ganz normal, sehr jähzornig, höchst aufgeregt. Er stammt aus kinderreicher, langlebiger Familie. Einer seiner 15 älteren Brüder erreichte ein Alter von über 100 Jahren. Die Mutter des Vaters starb an Hirnschlag.

Die Mutter litt an „nervösem Asthma“, hatte häufig Angstgefühle, versuchte einmal Selbstmord und starb frühzeitig an Apoplexie.

Aus dieser Ehe stammen sechs Kinder: das älteste starb bald nach der Geburt an unbekannter Ursache, der zweitälteste Sohn ist ein eigenartiger, finsterer, menschenscheuer, in seinem Beruf aber sehr geschickter Mann, der sich ganz von der Familie abgesondert hat. Das dritte Kind, eine Tochter von 39 Jahren, erkrankte in ihren Jugendjahren an „primärer Demenz“ und befindet sich jetzt in völlig verblödetem Zustand in einer Pflegeanstalt. Dann folgen die Zwillinge, endlich ist noch ein jüngerer gesunder Bruder mit sehr lebhaftem Temperament vorhanden.

1. L. war als Kind gut beanlagt und körperlich kräftiger als K. Vom 10. bis 21. Lebensjahr an wurde sie bei entfernt wohnenden Verwandten unter viel günstigeren Verhältnissen erzogen, als die übrigen Geschwister, die im Elternhaus vielen Sorgen und Aufregungen ausgesetzt waren. Außer Scharlach mit nachfolgender Mittelohrentzündung im 13. Lebensjahr war sie nie krank. Der Eintritt in die Pubertät erfolgte ohne psychische Alteration.

1891 heiratete sie und lebt in glücklicher, sorgenfreier Ehe.

Nach der ersten Geburt (Zange wegen Wehenschwäche) folgte ein normales Wochenbett. In der 5. Woche nach der Geburt brach die Psychose im unmittelbarem Anschluß an eine heftige psychische Erregung aus. Pat. ließ sich unter lautem Aufschreien auf den Boden fallen und litt etwa 4 Monate lang an quälenden, unbestimmten Angstgefühlen, Druck im Kopf und Zittern in den Beinen.

Hierauf folgten wieder mehrere Jahre völliger Gesundheit.

Seit 1899 begann sich der frühere Zustand langsam wieder einzustellen, nach der eigenen Ansicht der Pat. veranlaßt durch die Sorgen um ihre schwer kranke, ältere Schwester, und die anstrengende Pflege ihrer Zwillingsschwester, die damals ihrer Obhut anvertraut war.

Seit 1902 steigerten sich die Angstgefühle zu großer innerer Unruhe. Der Schlaf war sehr gestört, Appetitlosigkeit mit Erbrechen und dann wieder Heißhunger wechselten miteinander ab; die Kranke konnte an gar nichts anderes, als an ihren Zustand denken, und mußte oft stundenlang weinen.

Von März bis Oktober 1902 war sie in einer Privatanstalt und kehrte von dort gebessert in die Familie zurück.

Bald aber stellten sich die früheren Angstgefühle wieder ein, die Pat. jammerte über die Angst und den Druck im Kopf. Letzterer schwand zwar wieder seit Ende 1903, die Angst wurde aber immer stärker. Nie wich die gedrückte Gemütsstimmung, es war ihr immer zum Weinen,

e schlief schlecht und konnte keinen anderen Gedanken fassen, als den n ihre Krankheit.

Am 17. Februar 1904 wurde die Kranke in die Anstalt aufgenommen. ie ist eine mittelgroße, kräftig gebaute, sehr gut ernährte Frau von esunder, etwas gebräunter Gesichtsfarbe. Das Kopfhaar ist sehr dicht, ie Oberlippe zeigt deutlichen Bartwuchs, auch am ganzen übrigen Körper indet sich eine stärkere Behaarung nach männlichem Typus. Die Ohräppchen sind leicht angewachsen. Die inneren Organe gesund, rechte)varialgegend druckempfindlich, sonst Sensibilität und Reflexe normal.

Psychisch ist die Pat. völlig luzid und besonnen, nach anfänglicher Scheu vor der Anstalt in freundlicher, fast etwas gehobener Stimmung. Bald aber klagte sie über Angst- und Unruhegefühle im Leib, sie wurde mißmutig, unfähig zu jeder Beschäftigung, sie konnte nichts mehr denken und sah hoffnunglos in die Zukunft. Besonders wenn die Pat. allein war, traten diese Angstgefühle auf; sie wiederholten sich mehrmals täglich und hatten eine Dauer von einer halben bis zu mehreren Stunden.

Der weitere Verlauf war schwankend. In stetem Wechsel kamen bald freiere, bald gedrücktere Tage. Ganz gesund fühlt sich die Pat. nie, doch erholte sie sich so weit, daß sie aus der Anstalt entlassen werden konnte. Auch zu Hause kehren diese Angstzustände und Verstimmungen von Zeit zu Zeit wieder, in der Regel ausgehend von Sensationen im Leib.

2. Ihre Zwillingsschwester K. E. hat bisher eine Anstalt nicht aufsuchen müssen. Sie genoß zu Hause eine einfachere Erziehung. Von Kindheit an war sie kränklich und litt eine Zeitlang an „Veitstanz" leichteren Grades. Auch sonstige nervöse Erscheinungen seien bei ihr vorhanden gewesen. So konnte sie einen Gegenstand, den sie einmal angefaßt hatte, nur schwer und nur mit fremder Hilfe wieder loslassen.

In früher Jugend habe sie auch an Bauchwassersucht gelitten. Durch diese ununterbrochene Kränklichkeit war ihre Schulbildung mangelhaft, und sie blieb geistig etwas zurück.

Seit der Schulzeit ist sie zu Hause und immer kränklich. Sie bekommt Anfälle von Atemnot, Schwächezustände und zuweilen Platzangst. Ihr Temperament ist sonst ein heiteres; doch ermüdet sie bei jeder Beschäftigung in kurzer Zeit, und bekommt dann hysterische Krampfanfälle, die ähnlich wie die Angstzustände ihrer Schwester mit Unruhe im Unterleib beginnen.

Beide Geschwister lebten von Jugend auf getrennt. Die Ähnlichkeit der Zwillinge ist keine augenfällige und jedenfalls nicht größer, wie sie sonst bei verschiedenaltrigen Geschwistern vorkommt. Die Schwestern stehen miteinander in gutem Einvernehmen; eine größere Anhänglichkeit der Zwillinge untereinander als die zu den anderen Geschwistern besteht aber nicht.

Hinsichtlich der klinischen Form der Erkrankungen gehören Fall I und III dem manisch-depressiven Irresein an. Bei

dem ersten Fall handelt es sich bei beiden Zwillingen um typische Zirkuläre, bei denen manische, melancholische und annähernd normale Phasen abwechseln.

Der Fall III, der ebenfalls der manisch-depressiven Gruppe zufällt, ist durch den — jedenfalls sekundären — Alkoholismus kompliziert. Daher auch die spezifisch alkoholistische Färbung der manischen Erregungen.

Im Falle V ist die Psychose beider Zwillinge trotz einiger gleichartiger, auf gemeinsamer konstitutioneller Grundlage beruhender Züge klinisch verschieden. L. S. ist mehr dem manisch-depressiven, K. E. dem hysterisch-degenerativen Irresein zuzurechnen.

In den Fällen II und IV handelt es sich um Dementia praecox.

Bei der Entstehung von Zwillingspsychosen kommen als hauptsächlichste Faktoren Induktion und Heredität in Betracht.

Das Moment der Induktion ist beim Zwillingsirresein wohl nie völlig auszuschließen. Sie wird begünstigt durch das Heranwachsen in inniger Gemeinschaft, durch die Einwirkung aller äußeren Ereignisse auf genau dasselbe Lebensalter. Doch dürfte die psychische Infektion, wie überhaupt exogene Ursachen gegenüber den endogenen nur eine untergeordnete Rolle spielen.

In unserem ersten Fall sind die allerfrühesten Erregungen an die zeitlich gewiß nicht immer zusammenfallende Menstruationswelle gebunden. Die erste schwerere Erkrankung bekam S. A. im Pensionat, also räumlich weit von ihrer Zwillingsschwester getrennt. In der späteren Zeit der Erkrankung fielen bei beiden Schwestern fast immer die entgegengesetzten Krankheitsphasen zusammen, eine Induktion ist also hier fast ausgeschlossen.

Im II. Fall mag die psychische Ansteckung als auslösendes Moment wohl eher in Betracht kommen. Als einzige Kinder waren die Zwillingsgeschwister einander sehr zugetan. Auch wird einmal anamnestisch der Schmerz über den beruflichen Mißerfolg und die Krankheit der Schwester als Ursache der Psychose angegeben, allerdings erst beim zweiten Anfall.

Im III. Fall liegt die Zeit des Krankheitsausbruches bei beiden Zwillingen weit auseinander. Jedesmal läßt sich die Erkrankung buf eine somatische Ursache zurückführen: bei G. C. auf eine Nephritis, aei F. C. auf ein Trauma. Eine besondere Anhänglichkeit der Zwillinge



steht hier nicht. Beide sind verheiratet. Jeder lebt im Kreise seiner amilie ohne näheren Verkehr mit dem anderen. Eine wesentliche genseitige Beeinflussung fand also hier nicht statt.

Am meisten ist noch bei Fall IV ein induzierender Einfluß anzuehmen. Die innige Anhänglichkeit, das Solidaritätsgefühl in ihren nverstandenen philosophischen und künstlerischen Bestrebungen nachen hier ein gegenseitiges Sichstützen und Steigern in ihren krankaften Anschauungen und Seelenstimmungen wahrscheinlich.

Im V. Fall endlich lebten die Zwillinge von frühester Kindheit n getrennt in ganz verschiedener Umgebung. Ein näherer Verkehr vor Ausbruch der Psychose fand gar nicht statt. Später freilich gab die Sorge um die immer kränkliche, zur selbständigen Existenz unfähige Schwester eine Gelegenheitsursache der Gemütsdepression der anderen Schwester ab.

Solche Verhältnisse finden sich aber auch häufig bei Nichtzwillingsgeschwistern.

Von weit größerer Bedeutung bei der Ätiologie unserer Psychosen sind die endogenen Ursachen. Überall finden wir eine mehr oder minder ausgesprochene Heredität. Rechnet man hierzu auch Nervosität und eigenartige Charaktere, so ist sogar bei allen fünf Fällen eine konvergierende Heredität vorhanden, zum wenigsten eine kollaterale.

Dabei finden wir einen geringeren Grad von erblicher Belastung bei den beiden Demenzfällen, einen höheren bei den drei Manisch-Depressiven.

Von Interesse ist auch das Verhalten der übrigen Geschwister.

In unserem ersten Fall sind nur die Zwillingsschwestern erkrankt, während sämtliche Brüder gesund bleiben. Dasselbe Verhältnis besteht in Fall IV. Bei II waren die Zwillinge die einzigen Kinder. Im III. Fall ist außer den männlichen Zwillingen ein Bruder geistig erkrankt, während die Schwester gesund blieb. Beim V. Fall endlich verfiel außer den weiblichen Zwillingen noch eine Schwester in Geisteskrankheit, während sämtliche Brüder trotz einiger Charaktereigenheiten sich gesund und zu einer selbständigen Lebensführung tauglich erhielten.



Es scheint demnach — wenn man bei der geringen Zahl der Fälle überhaupt schon eine Regel aufstellen will — bei der Vererbung der krankhaften Keimanlage eine Bevorzugung des einen Geschlechts stattzufinden.

Sehr auffallend war in den ersten vier Fällen die frappante Ähnlichkeit der Zwillinge. Größe, Statur, Schädelbildung, Gesichtsausdruck, Gangart, Stimme und Sprache, Temperament und Charakter, kurz die ganze physische und psychische Individualität waren zum Verwechseln ähnlich. Nur beim V. Fall fehlte diese merkwürdige Gleichartigkeit.

Übereinstimmend mit der großen Mehrzahl der bisher veröffentlichten Fälle finden auch wir bei den ähnlichen Zwillingen genau dieselbe klinische Krankheitsform, zum Teil sogar mit denselben konstitutionellen Sonderbarkeiten, während sich bei dem weniger gleichenden Zwillingspaar eine differente Psychose entwickelt hat.

Eine Erklärung für dieses Verhalten liegt nahe.

Bei den ähnlichen Zwillingen dürfte es sich um eineiige, bei Zwillingsgeschwistern von ungleicher Art um zweieiige Zwillinge handeln. Diese letzteren können ja (wie wir es bei unserem V. Fall annehmen) zufällig gleichen Geschlechtes sein.

In keinem unserer Fälle konnten wir eine anamnestische Angabe über die Beschaffenheit der Placenta erlangen. Etwas Sicheres können wir also nicht berichten. Doch läßt sich zwanglos annehmen, daß bei den vier ersten Zwillingspaaren die somatisch und psychisch kongruente Konstitution mit der gleichartigen pathologischen Reaktionsweise durch die Vereinigung desselben Spermas mit jeweils einem Ei mit zwei Fruchtanlagen zustande kam, während im letzten Fall die Zwillinge aus zwei verschiedenen Eiern mit gleichzeitiger oder zeitlich verschiedener Befruchtung stammen.

Literatur.

Eine ausführliche Zusammenstellung findet sich bei *D. Campbell*, I.-Diss. Leipzig 1902; ferner *Elmiger*, Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1910/11, Nr. 8 und 9.



Beitrag zur diagnostischen Anwendung der Wassermannschen Reaktion in der Psychiatrie.

Von R. Bundschuh.

Die Literatur über die Wassermannsche Reaktion hat eine außerordentlich große Ausdehnung angenommen und ist auch in den wesentlichsten Gesichtspunkten zu einem gewissen Abschlusse gelangt, so daß es als überflüssig erscheinen könnte, ihr noch etwas hinzuzufügen. Aber es erscheinen immer wieder auch psychiatrische Publikationen, die geeignet sind, den hohen diagnostischen Wert der Komplementbindungsmethode herabzusetzen. So wird des öfteren immer noch von Fällen unspezifischer Erkrankungen, bei denen die Reaktion eine positive gewesen sein soll, und umgekehrt von negativen Reaktionen bei Erkrankungen mit einer syphilitischen Grundlage berichtet. Einen Beitrag zu den noch schwebenden Erörterungen und klinischen Fragen sollen unsere Untersuchungen bilden, die schon wegen ihrer Mannigfaltigkeit eine nähere Betrachtung verdienen.

Zunächst einige Bemerkungen über die von uns angewandte Methode. Diese sind schon deshalb erforderlich, weil ohne sie eine richtige Beurteilung und Bewertung unserer Ergebnisse nicht möglich ist. Wir halten uns auf das strengste an die ursprüngliche Wassermannsche Versuchsanordnung. Vergleicht man die Resultate der Autoren, welche sich der klassischen Methode bedienen, mit denen der Anhänger irgendeiner der verschiedenen Modifikationen, so kann man sich des Eindrucks nicht verschließen, daß die Originalmethode die günstigsten und zuverlässigsten Reaktionen ergibt. Wir möchten deshalb auf die Ansicht *Plauts*[1]), der wir auf Grund eigener Überzeugung voll und

[1]) *Plaut*, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Psychiatrie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 4, 1.



ganz beitreten, eindringlichst hinweisen, daß **jede Abweichung von den Originalvorschriften Wassermanns in hohem Grade die Zuverlässigkeit der Resultate beeinträchtigt.**

Als Extrakt verwenden wir in erster Linie den wässerigen aus fötal-syphilitischen Lebern neben dem alkoholischen aus demselben Organe. Diesem wird wohl im allgemeinen der Vorzug der größeren Haltbarkeit zugeschrieben, er besitzt aber, wie wir immer wieder vergleichend feststellen konnten, abgesehen von seiner leichten Neigung zur Eigenhemmung namentlich bei der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit, eine viel geringere Wirksamkeit als der wässerige. Dieser gibt nach unserer Erfahrung ganz entschieden die regelmäßigsten und intensivsten Ausschläge, was auch von anderer Seite, speziell von *Plaut*, *Citron*, *Lesser* betont wird. Seine Haltbarkeit läßt sich übrigens nach unseren Wahrnehmungen wesentlich dadurch erhöhen, daß er unzentrifugiert, ganz so, wie er aus dem Schüttelapparate kommt, in einer dunklen Flasche aufbewahrt wird; nach dem Absetzen wird jeweils zu dem Versuche von der darüberstehenden Flüssigkeit abpipettiert. Nach unseren Eindrücken büßt nämlich der Extrakt durch das Zentrifugieren an Wirksamkeit ein. Derartig behandelte wässerige Extrakte besitzen nahezu dieselbe Haltbarkeit und Konstanz, wie die alkoholischen; dabei haben wir öfters beobachtet, daß anfangs weniger brauchbare Extrakte mit der Zeit wirksamer wurden. Außer diesen beiden Antigenen haben wir, aber lediglich aus wissenschaftlichem Interesse und zur Nachprüfung, teils wässerige, teils alkoholische Extrakte aus Meerschweinchenherzen, aus normalen Menschenherzen und aus dem Herzen und Gehirne eines im Anfall verstorbenen Paralytikers versucht. Die Ergebnisse damit waren aber derart unsicher, daß derartige Antigene auch nicht im entferntesten als Ersatz für die Luesleberextrakte in Betracht kommen können. Die evidente Überlegenheit derselben muß nahelegen, daß bei der Wassermannschen Reaktion doch eine spezifische Komponente im Spiele ist. Als einen sehr brauchbaren Extrakt haben wir den mit Azeton aus syphilitischen Fötallebern hergestellten erkannt. Dieser ist jedoch nur für die Untersuchung des Serums verwendbar, wobei er dem wässerigen sogar überlegen zu sein scheint, und versagt bei der Zerebrospinalflüssigkeit vollständig, so daß er für unsere Spezialuntersuchungen nicht in Frage kommen kann. Auf diese Unbrauchbarkeit der Azetonextrakte für die Untersuchung des Liquors hat übrigens auch schon *Stiner* [1]) aufmerksam gemacht. Ob die dafür gegebene Erklärung *Kochs*, daß das Azeton in der Lumbalflüssigkeit wahrscheinlich eine Globulinfällung hervorrufe und

[1]) *Stiner*, Weitere Erfahrungen über Verwendung von Azetonextrakten bei der Serumdiagnostik der Syphilis. Deutsche medizin. Wochenschrift 1912, Nr. 49.



ie Luesreaktion deshalb unspezifisch sei, richtig ist, vermögen wir nicht u beurteilen.

Unseren Resultaten liegen jeweils mehrmalige Untersuchungen edes Blutserums und jedes Liquors, und zwar stets mit verschiedenen Extrakten, zugrunde. Wir glauben uns durch diese Vorsichtsmaßregel nöglichst vor Fehldiagnosen zu schützen. Sogenannten paradoxen Seren, einmal positiv, ein andermal negativ reagierend, sind wir nie begegnet.

Auf das Wesen der Komplementbindungsmethode einzugehen, liegt nicht im Sinne unserer Ausführungen. Nur einen Punkt möchten wir kurz erörtern, nämlich, ob die bei der Wassermannschen Reaktion reagierenden Substanzen im Liquor selbst entstehen oder in diesen aus der Blutbahn übertreten, hineinfiltrieren. Das erstere ist das wahrscheinlichste; denn bei einer reinen Filtration müßte allgemein die Zerebrospinalflüssigkeit bei frischer syphilitischer Allgemein-infektion positiv reagieren, was aber, wie wir wissen, nicht der Fall ist. Dann spricht die Tatsache, daß der Liquor innerhalb derselben Versuchsreihe öfters einen stärkeren Ausschlag als das zugehörige Blutserum aufweist, was auch wir mehrmals beobachten konnten, ohne weiteres gegen die Filtrationstheorie. Nachdem nun vollends *Noguchi*[1]) Spirochäten im paralytischen Gehirn gefunden hat, liegt die Annahme eines aktiven Infektionsprozesses und einer lokalen Antikörperbildung mehr als nahe. Wir gehen deshalb u. E. kaum fehl, wenn wir der positiven Wassermannschen Reaktion im Liquor eine lokaldiagnostische Bedeutung zuerkennen.

Nun zu unseren klinischen Ergebnissen. Wir untersuchten bei Paralyse Serum und Spinalflüssigkeit in 71 und das Serum allein in 7 Fällen[2]); dabei erhielten wir bei der gewöhnlichen Versuchsanordnung — 0,2 Liquor — in sämtlichen Fällen einen positiven Ausschlag. Unsere Untersuchungen ergeben somit bei Paralyse sowohl im Blutserum als auch im Liquor in 100% eine positive Wassermannsche Reaktion.

[1]) Mitteilung *Ehrlichs* im ärztlichen Verein Frankfurt a. M. Münchner medizinische Wochenschrift 1913, Nr. 8.

[2]) Von diesen 78 Fällen kamen 51 zur Sektion und zeigten jeweils typischen Paralysebefund, den auch die histologische Untersuchung ergab



Der Grad der Hemmung war im Blute und im Liquor im allgemeinen gleich stark. In zwei weiteren Fällen wurde der Liquor bei der Sektion entnommen; dieser wies in einem Falle, bei dem zudem die Perikardialflüssigkeit stark positiv reagierte, eine positive, und in dem zweiten Falle, bei dem die Spinalflüssigkeit sichtlich schon zersetzt war, eine unsichere Reaktion auf.

Das untersuchte Material erstreckte sich auf die verschiedensten Stadien und Formen der progressiven Paralyse. Dabei ließ die Stärke des Ausfalls der Reaktion irgend eine Gesetzmäßigkeit für die einzelnen Formen und Stadien der Erkrankung nicht erkennen. Eine jugendliche Paralyse, die sich auf der Grundlage einer kongenitalen Lues entwickelt hatte, zeigte denselben serologischen Befund, wie die Paralyse der Erwachsenen. Die Beobachtung *Plauts*[1]) und auch verschiedener französischer Autoren, daß Fälle von wenig progredientem Verlaufe und auch solche, die zu Remissionen neigten, relativ häufig ein erhebliches Überwiegen des Serums über die Spinalflüssigkeit zeigten, können wir gerade nicht bestätigen. Nur in einem Falle, bei dem die Erkrankung über 4½ Jahre dauert und wenig progredient verläuft, ist die Reaktion im Liquor wesentlich schwächer als im Blute (+ zu ++++[2]). In einem anderen Falle, dessen Krankheit seit 16 Jahren besteht, seit Jahren völlig stationär ist und das Bild der totalen paralytischen Verblödung bietet, ist jedoch die Reaktion im Liquor und im Serum in gleich starker Weise ausgebildet. Bei vier Fällen mit weitgehenden Remissionen, die wir gerade in der letzten Zeit beobachteten, und bei denen die Reaktion jetzt in der Remission eine komplete Hemmung aufweist, war diese bereits von Anfang an nachzuweisen. Die Reaktion zeigt überhaupt im Verlaufe der Krankheit eine gewisse Stabilität, was wir bei Nachuntersuchungen wiederholt feststellen konnten.

Entgegen der Anschauung verschiedener französischer Forscher stimmen wir mit *Plaut* und auch anderen Autoren darin überein,

[1]) *Plaut*, Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie 1909.

[2]) Wir unterscheiden folgende Hemmungsgrade: komplete Hemmung ++++, starke Hemmung (große Kuppe) +++, mittlere Hemmung (Kuppe) ++, schwache Hemmung (inkomplet) +.



daß die WaR. in beiden Medien in den allerfrühesten Stadien der Paralyse fast stets intensiv positiv ausfällt, und daß die Wassermannsche Reaktion gerade für die Frühdiagnose der Paralyse von sehr großem Werte ist. Wir konnten uns hiervon bei mehreren frisch zu unserer Beobachtung gekommenen Fällen überzeugen, die klinisch noch keineswegs das ausgeprägte Bild der progressiven Paralyse boten, und bei denen erst durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion die klinische Diagnose Paralyse gesichert wurde, die sich dann auch im weiteren Verlaufe der Erkrankung bestätigte. Nur in einem Falle, der einen etwas atypischen Beginn zeigte und anfangs den Verdacht einer Lues cerebri erweckte, war die Reaktion im Liquor anfangs negativ, um aber später stark positiv zu werden. Eine Erklärung hierfür gibt vielleicht die intensive antisyphilitische Behandlung speziell mit Salvarsan, die in dem Falle stattfand; auf der anderen Seite kombiniert sich, wie neuere Untersuchungen besonders von *Sträußler* [1]) ergeben haben, eine tertiärluische zerebrale Erkrankung häufig mit der Paralyse oder geht in diese Erkrankungsform über, was auch in unserem Falle so gewesen sein kann. Umgekehrt entschied die Wassermannsche Reaktion bei verschiedenen Krankheitszuständen, bei denen der Verdacht einer paralytischen Erkrankung vorlag, die Diagnose, und deren Klärung stimmte jeweils mit dem weiteren Verlaufe der Krankheit überein.

Im allgemeinen konnten wir eine nennenswerte Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch eine Behandlung mit nukleinsaurem Natrium, Quecksilber, Salvarsan bei der Paralyse nicht beobachten. Immerhin möchten wir empfehlen, sich vor der Abgabe eines Urteils über einen serologischen Befund zu vergewissern, ob eine spezifische Behandlung insbesonders mit Salvarsan stattgefunden hat, durch das nach unserer Beobachtung noch am ehesten die Wassermannsche Reaktion, wenn nicht gerade negativ, so doch wesentlich abgeschwächt werden kann.

Die *Nonne*sche G l o b u l i n r e a k t i o n, die ohne Zweifel den Wert der Wassermannschen Reaktion erhöht, wurde bei 54 Paralytikern

[1]) *Sträußler*, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1906, 19 und 1910, 27. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 12, S. 365.



ausgeführt und war jeweils positiv. Dabei entsprach die Stärke dieser Reaktion keineswegs dem Grade der Komplementbindung. Es ist ja auch nach allgemein übereinstimmender Beobachtung ein Parallelismus der Wassermannschen Reaktion mit der *Nonne*schen Globulinreaktion nicht vorhanden.

Bevor wir nun zu den Fällen von Lues cerebrospinalis übergehen, die diagnostisch größere Schwierigkeit bereiten, sind zunächst u. E. einige Bemerkungen über den Wert der *Hauptmann*schen Auswertungsmethode angebracht, die bezüglich der Abgrenzung der Lues des Zentralnervensystems sowohl von metaluischen Prozessen als auch von bei Syphilitiker auftretenden, aber nicht luisch bedingten Geistesstörungen von größter differentialdiagnostischer Bedeutung geworden ist. Diese schien allerdings zu verlieren, nachdem verschiedentlich gefunden wurde, daß der Liquor im Primär- wie auch im Sekundärstadium der Lues trotz Fehlens objektiv nachweisbarer krankhafter Symptome von seiten des Zentralnervensystems bei der Auswertung positive Ausschläge gibt. Liegt nun die syphilitische Infektion aber mehrere Jahre zurück, so findet sich, wie u. a. auch *Fränkel*[1]) feststellte, und nach unseren eigenen Beobachtungen trotz stark positiver Reaktion im Blute auch bei der Auswertungsmethode nie eine positive Reaktion im Liquor, sofern eben nicht das Zentralnervensystem spezifisch luisch erkrankt ist. Wir verfügen über 11 Fälle, bei denen das Blut stark positiv, der Liquor jedoch auch bei der Auswertung bis zu 1,0 ccm völlig negativ reagierte. Es handelte sich dabei um Kranke, die an Melancholie, an epileptischem und hysterischem Irresein, an traumatischer psychopathischer Konstitution, an Dementia praecox und an apoplektischer Demenz litten. Diesen Fällen steht eine Anzahl solcher gegenüber, bei denen sich bei der Auswertung eine positive Reaktion im Liquor ergab. Dürfen wir nun auf Grund dieses Befundes auf eine luische Genese der betreffenden Erkrankungen schließen? Diese Frage muß nach dem heutigen Stand der Forschung, speziell nach den Publi-

[1]) *Fränkel*, Weitere Beiträge zur Bedeutung der Auswertungsmethode der Wassermannschen Reaktion im Liquor cerebrospinalis usw. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 11, 1.



kationen von *Hauptmann*[1]) und *Fränkel*[2]), ohne Zweifel bejaht werden. Gerade der letztere hat zur Klärung der Frage ein umfangreiches, histologisch untersuchtes Material zusammengetragen, zu dem auch wir zwei Fälle beitragen können. Wir sind also mit Hilfe der Auswertungsmethode, bei der wir übrigens nie auch bei unverdünnter Anwendung des Liquors eine Eigenhemmung desselben beobachteten, in der Lage, die Lues cerebrospinalis sowohl von nicht luischem Psychosen bei Luikern, als auch von der Paralyse zu trennen, die, wie wir oben gesehen haben, schon bei der gewöhnlichen Versuchsanordnung (0,2) ausnahmlos eine positive Reaktion im Liquor aufweist.

Die von uns beobachteten und nachstehend näher geschilderten Fälle, deren diagnostischer Beurteilung größtenteils eine längere Beobachtung zugrunde liegt, lassen sich einigermaßen in die Gruppen einreihen, die *Kraepelin* in der neuesten Auflage seines Lehrbuches für die Lues cerebri aufgestellt hat.

1. C. B., 24 Jahre alt, zurzeit Soldat. Keine Heredität. Diente 5 Jahre bei der Fremdenlegion. Während dieser Zeit starker Alkoholabusus, typhöse Erkrankungen und 1908 luische Infektion; damals Hg-Injektionen. Im März 1909 nochmals antisyphilitische Kur. Am 8. Mai 1909 als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt. Bald hernach wegen Bubonen und im Dezember 1909 und im Januar 1910 wegen luischer Geschwüre in Lazarettbehandlung. Zweimal Schmierkuren. Im Juli 1910 auffallende Nervosität. Ende Juli 1910 wegen Hautausschlag, Geschwüre und Haarausfall Salvarsaninjektion. Nach vorübergehender Besserung der Erscheinungen traten Anfang August die nervösen Beschwerden erneut hervor; machte „anormalen" Eindruck, lief sinnlos aus dem Dienste weg, gab verkehrte Antworten, sollte als dienstunbrauchbar entlassen werden; kam wegen „Nervenschwäche" wieder in das Lazarett. Lebhafte Klagen über zeitweise Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit und Mattigkeit. Unter Jodkali Besserung. Da Wassermannsche Reaktion negativ, anfangs Oktober 1910 dienstfähig zur Truppe. Bald hernach Gehorsamsverweigerung. Im Arreste tobsüchtiger Erregungszustand neurotischer, speziell hystero-epileptoider Artung, sinnloses Durcheinanderwerfen alles Erreichbaren, verwirrt, unzugänglich, unrein. Nach 1½ Tagen im Lazarette ruhiger, tiefer Schlaf. Anfangs noch desorientiert, Nahrungsverweigerung, hernach stumpf, fast reaktionslos.

[1]) *Hauptmann*, Die Vorteile der Verwendung größerer Liquormenge „Auswertungsmethode". Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 42.

[2]) *Fränkel*, a. a. O.



Allmählich freier und klarer; Amnesie für den Erregungszustand und die darauffolgenden Tage. Somatisch: finstrer Gesichtsausdruck, Trägheit der Pupillenreaktion, Steigerung der Reflexe, Fehlen der Schmerzempfindung im Gesichte und an sämtlichen Extremitäten.

Am 16. November 1910 zur sechswöchigen Beobachtung auf Geisteszustand hier aufgenommen.

Körperlicher Befund: Verschiedene Degenerationszeichen; differente, träg reagierende Pupillen, konzentrische Gesichtsfeldeinengung; Innervationsdifferenz des weichen Gaumens, lebhafte Hautreflexe, gesteigerte Muskelerregbarkeit, gesteigerte Sehnenreflexe, rechts Patellarreflex schwächer als links; Tremor, Dermographie, Herabsetzung der Schmerzempfindung und Sensibilität.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 ++++; Ph. I schwach +. Lymphozytose. Psychisch anfangs meist gleichgültige Stimmung mit Neigung zur Depression, gebundenes, gehemmtes, leicht ängstliches Wesen. Klagen über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und allgemeine Mattigkeit. Später emotive Reizbarkeit, lebhafte Affektzustände, Beeinträchtigungsideen gegen Vorgesetzte, leichte Herabsetzung der Auffassung und Merkfähigkeit, abnorm starke psychische Ermüdbarkeit. Zuletzt leichte psychische Besserung, geringes Zurücktreten der nervösen Reiz- und Ausfallserscheinungen.

Bei diesem Kranken sehen wir also im Verlaufe von schweren Sekundärerscheinungen einen nervösen Symptomenkomplex auftreten, dem nach dem serologischen Befunde ohne Zweifel ein ursächlicher Zusammenhang mit der syphilitischen Infektion zugeschrieben werden muß, und der wohl auf eine unmittelbare lokale, zerebrale Giftwirkung des syphilitischen Krankheitserregers zurückzuführen ist. Von diesem Krankheitsbilde, das im allgemeinen als eine zerebrale syphilitische Neurasthenie aufzufassen sein wird, weichen serologisch und klinisch mehrere von uns beobachtete Fälle ab, bei denen länger oder kürzer nach der luischen Ansteckung Zeichen einer einfachen Nervosität oder Depression, häufig als Steigerungen einer bestehenden neuro-psychopathischen Konstitution, mit im allgemeinen günstigen Verlaufe sich entwickelten, und bei denen stets eine negative Wassermannsche Reaktion im Liquor, auch bei vermehrten Mengen, und nie organisch-somatische Symptome vorhanden waren. Ob die zerebrale syphilitische Neurasthenie, wie sie in dem oben geschilderten Krankheitsbilde zum Ausdruck kommt, als ein eigentlicher Typ der syphilitischen Geistesstörung anzusehen ist, muß zweifelhaft erscheinen. Es macht eher den Eindruck, als ob der



neurasthenische Symptomenkomplex nur der Vorläufer einer tiefergehenden Schädigung der Gehirnrinde, der luischen Demenz ist. Wir glauben dies daraus schließen zu müssen, weil in unserem Falle bereits auch deutliche Merkmale einer psychischen Abschwächung nachzuweisen sind, die sich in einer Herabsetzung der Auffassung und Merkfähigkeit und in einer leichten Urteilsschwäche äußern. Noch deutlicher wird der Übergang einer schweren Zerebrasthenie in die Demenz durch folgenden Fall illustriert.

2. M. N., 45 Jahre alt, Bureaubeamter. Keine Heredität. Von jeher leicht nervös, erregbar und ängstlich, zu Zwangsvorstellungen und zur Hypochondrie geneigt. 1893 luische Infektion. 4 mal Schmierkuren. 1899 Heirat; ein Kind an unbekannter Krankheit gestorben; zwei Kinder leben, eines imbezill. — Seit 5 Jahren stark nervös; besonders seit 1 Jahr ängstlich, gedrückt, zu Schwindelanfällen geneigt, Schlaflosigkeit, innere Unruhe, große Ermüdbarkeit, Gefühl der Beobachtung, depressive Vorstellungen, Zwangsbefürchtungen. Nach Mitteilung des Hausarztes Bild einer schweren Zerebrasthenie bei negativem WaR.

Am 28. Oktober 1912 hier aufgenommen. Lebhafte Klagen über Depression, Ängstlichkeit, Kopfschmerzen, Gefühl der Leere im Kopfe, Zittern der Finger, Sehbeschwerden, anfallartige rheumatische Schmerzen in den Extremitäten, Unsicherheit beim Gehen, Arbeitsunfähigkeit, Zwangsvorstellungen, Lebensüberdruß, Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, Gedächtnisschwäche.

Somatisch: Hochgradige Anämie (Lueskachexie?). Pupillen r > l, rechts träger als links. Lidspalte r > l, Mundfazialis l > r. Zunge zittert fibrillär, weicht nach links ab; Gaumen l > r gehoben; keine Sprach- und Schriftstörung; Sehnenreflexe gesteigert. Romberg. Tremor der Hände, leichte Ataxie der Arme. Dermographie. Keine Sensibilitätsstörungen.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 +++, Ph. I +.

Verlauf: ziemlich hochgradige geistige Schwäche; auffallend stumpf, apathisch, willensschwach, völlig einsichtslos für seinen Zustand. Auf 4 g Salvarsan (intravenös) nur leichte Besserung der Anämie, sonst unverändert.

Folgende drei Fälle bieten mehr das Bild der primär sich entwickelnden luischen Demenz.

3. C. V., 34 Jahre alt, Kaufmann. Keine Heredität. Von jeher leicht nervös reizbar, leicht beeinflußbar. Mit 18 Jahren „Tripper" (?). Vor 3 Jahren Einspritzungen in das Gesäß. Zuerst Mechaniker, dann Bureaugehilfe, wegen Alkoholexzesse entlassen. Hernach Reisender. 1907 Heirat; die beiden ersten Kinder starben klein; außerdem zwei Fehlgeburten. Seit Jahren Potus, wiederholt wegen Ruhestörung und Körperverletzung bestraft. 1909/10 mehrere Monate in einer Trinkerheilanstalt. In der letzten Zeit häufig Erregungszustände, drängte fort,



wollte zum Fenster hinaus; schlechter Schlaf. Öfters Wahn der ehelichen Untreue. Zuletzt arbeitete er nicht mehr, äußerte Verfolgungsideen, war erregt, schlief schlecht, irrte planlos umher, wußte nicht, was er tat, sinnlose Handlungen, Selbstbeschädigung.

Aufnahme: 18. April 1912.

S o m a t i s c h: Pupillen gleich weit, Reaktion gut. Starker Tremor. Unsichere, stolpernde, gedehnte Sprache. Bauchdeckenreflexe rechts gut, links kaum auslösbar; gesteigerte Patellarreflexe; linker Plantarreflex abgeschwächt; Ataxie der oberen Extremitäten. Kein Romberg. Anästhetische Zonen wechselnder Lokalisation.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 +++. Ph. I +.

P s y c h i s c h: Klagen über Gedächtnisschwäche, große Reizbarkeit, mangelhaftes Orientierungsvermögen, Schlaflosigkeit; Krankheitsgefühl. Anfangs leicht deprimiert. Allmähliche Besserung der nervösen Beschwerden. Unverkennbare geistige Schwäche; große Gleichgültigkeit, Apathie, Einsichtslosigkeit und Urteilsschwäche.

Am 30. Juli 1912 entlassen.

4. C. X., 42 Jahre alt, Tapezierer. Väterlicherseits belastet. Von jeher leicht reizbar. 1896 geschlechtskrank. Über Charakter der Infektion nichts bestimmtes zu ermitteln. 1897 Heirat; die beiden ersten Kinder starben klein, zwei Kinder leben. Seit Jahren Potator strenuus; zuletzt intolerant; rohes, drohendes, aggressives Verhalten; Neigung zu Wahnideen; „man belüge, hintergehe ihn“ u. dgl.

Erste Aufnahme 16. Oktober 1909.

S o m a t i s c h e r B e f u n d: Fazialisdifferenz, rechte Pupille erweitert und reaktionslos; Reflexe abgeschwächt, leichte Ataxie, deutliche artikulatorische Sprachstörung.

P s y c h i s c h: Mäßige geistige Schwäche; Indolenz; Urteilsschwäche. Dauernd ruhig, geordnet, aber auffallend indolent. Zuletzt Pupillenreaktion träge, Sprachstörung nicht mehr so deutlich. Am 5. Februar 1910 entlassen. Zu Hause anfangs gutes Verhalten; nach wenigen Monaten wieder Alkoholexzesse; streitsüchtig, roh, drohend; zeitweise verwirrtes Reden, unmotiviertes Weinen. Ab und zu Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen, Angst.

Zweite Aufnahme 19. Juli 1911.

S o m a t i s c h: Linke Pupille reagiert nicht, rechte träge; Reflexe erloschen, Romberg, Silbenstolpern.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 +++, Ph. I schwach +.

P s y c h i s c h: Deutliche, geistige Schwäche; indolent, vergeßlich, einsichts- und kritiklos; anfangs kümmerliche Größenideen; unverständliche Handlungen; zuletzt ruhiges, geordnetes Benehmen, arbeitete; somatischer Befund unverändert.

Am 27. Januar 1912 entlassen.

5. G. L., 22 Jahre alt, Lehrer. Mütterlicherseits erblich belastet. eit 1. Oktober 1909 Lehrer. Bei militärischer Musterung am 1. März 1910 isch befunden (Ausschlag, Condylomata); deshalb Dienstenthebung. 'nter spezialärztlicher Behandlung Besserung. Im Juli 1910 nochmals lg-Injektionen. Klagte damals erstmals über Kopfschmerzen, Zittern ı den Händen, war auffallend schläfrig; allmählich sich steigerndes auffälliges Verhalten; Verstöße gegen Takt und Anstand; war zeitweise ganz delirant, suchte z. B. seine längst verstorbene Großmutter, redete ohne Zusammenhang und ganz verkehrt, verkannte Personen und Vorgänge, beging verkehrte Dinge, war ruhelos, vergeßlich, hatte stieren Blick, machte auffallend matten, geistesabwesenden, verstörten Eindruck. Anscheinend bestanden in diesen Zeiten auch Gesichtstäuschungen. — Am 31. August 1910 ärztlich festgestellt: teils gehobene, teils apathische Stimmung, Verlangsamung der Auffassung und aller psychischen Reaktionen, mangelhafte, zeitliche Orientierung, Sprachstörung, träge Pupillenreaktion, Zittern der Hände, Steigerung der Reflexe, Romberg. — Nach einer Salvarsaninjektion Besserung der Pupillenreaktion, Sprach- und Gedächtnisstörung.

Im Dienste gleich nachlässig, leichtsinnig, machte unnötige Ausgaben, spielte den Großen, renommistisch, unordentlich in seinem Äußeren, taktloses, seinem Stande nicht entsprechendes Auftreten, moralisch stumpf, unwahrhaft, wechselnde Stimmungslage, öfters depressiv; urteilsschwach, zeitweise expansive Ideen, verwirrte Redensarten, verkehrte Handlungen. Störungen in Intensität schwankend. Am 28. September 1912 wegen Sittlichkeitsvergehens an Schülerinnen verhaftet.

Am 29. November 1912 Aufnahme zur sechswöchigen Beobachtung. — Klagen über Kopfschmerzen, Schwitzen, Schwindel, Unsicherheit der Hände, unsicheren Gang, große Ermüdbarkeit und Schlafmangel.

Psychischer Befund: Auffallende gemütliche Stumpfheit, hochgradige Urteilsschwäche, Einsichtslosigkeit, Neigung zur Selbstüberschätzung, unsicheres, lückenhaftes Erinnerungsvermögen, Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, mangelhafte, zeitliche Orientierung, Herabsetzung der Auffassung, apathische, häufig etwas euphorische Stimmung, gelegentliche Reizbarkeit.

Somatisch: Zittern der vorgestreckten Zunge und Abweichen nach links; Pupillenreaktion auf Lichteinfall und Akkomodation ungestört; konsensuelle Reaktion rechts langsamer als links; linkseitiger Nystagmus, Haut- und Sehnenreflexe gesteigert; linker Patellarreflex stärker als der rechte; Romberg, Tremor und leichte Ataxie der Hände; Dermographie; Sensibilität und Kälte-Wärmeempfindung deutlich allgemein herabgesetzt.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 +++; Ph. I schwach +. Nissel über 3. Deutliche Lymphozytose.



Untersuchungsverfahren auf Grund des Gutachtens, Annahme einer Lues cerebri, eingestellt. Pat. verblieb in der Anstalt. Seither im wesentlichen euphorisch schwachsinnig, große Urteilsschwäche und Selbstüberschätzung, entschieden hypomanisch, expansive Ideen, Wünsche und Pläne. Auf 4 g Salvarsan (intravenös) psychisch unverändert, neurologischer Befund leicht gebessert.

Die psychische Schwäche, die im wesentlichen diese geschilderten Krankheitsbilder kennzeichnet, dokumentiert sich im allgemeinen durch eine gemütliche Stumpfheit, gewisse Apathie, Urteilsschwäche, Gedächtnisstörung, Herabsetzung der Merkfähigkeit und des Auffassungsvermögens. Dabei zeigt die Demenz eine gewisse Neigung zur Stabilität. Außerdem lassen die Fälle die psychotische Vielgestaltigkeit erkennen, die der luischen Geistesstörung eigen ist. So finden sich in dem Falle 3 und 5 episodische Zustände, die den Charakter der deliriösen Verwirrtheit tragen, und wie sie besonders von *Marcus* [1]) als selbständige syphilitische Psychosen beschrieben wurden. Der Fall 5 erinnert weiterhin jetzt zweifellos an das Krankheitsbild, auf das *A. Westphal* [2]) als Ausdruck der Lues cerebri hingewiesen hat, und das sich auf psychischem Gebiete im wesentlichen als eine dauernd gehobene, hypomanische Stimmung mit exquisiter Selbstüberschätzung und zahlreichen wechselnden Größenideen darstellt. Der Fall zeigt überhaupt, wie die einzelnen Formen der syphilitischen Geistesstörung ineinander übergehen, weshalb die Abgrenzung eines bestimmten Typus oft sehr schwer und manchmal unmöglich ist.

Der folgende Fall bietet einen diagnostisch interessanten Krankheitsverlauf:

6. C. B., 31 Jahre alt, Steindrucker. Angeblich keine Heredität. Als Kind Trauma. Stets ein Sonderling. 1902 Tripper. Später syphilitische Infektion; einmalige Schmierkur. Anfang April 1908 ziemlich plötzliches Auftreten einer psychischen Erkrankung. Unruhe, Beachtungs- und Verfolgungs- und auch Unwürdigkeitsideen.

Erste Aufnahme 13. Juli 1908.

Somatisch: Pupillen mittelweit, prompt reagierend; leichter Tremor, sehr lebhafte Reflexe. Psychisch von Anfang an sehr lebhaft von Sinnestäuschungen und Wahnideen beherrscht, glaubte u. a. im

[1]) *Marcus*, Acute förvirringstillstånd på syfilitisk grund. Diss. 1903.

[2]) *A. Westphal*, Über die Differentialdiagnose der Dementia paralytica. Medizinische Klinik 1905, Nr. 27; 1907, Nr. 4 und 5.



Himmel zu sein, sprach viel unzusammenhängend vor sich hin. Nach kurzer Zeit großer Wechsel im Krankheitsbilde. Bald völlig stuporös, reaktionslos, katatone Symptome (Flexibilitas cerea, Katalepsie), unrein, bald unruhig, Rededrang, große Inkohärenz, Andeutung von Perseveration und Verbigeration, manirierte Sprechweise. Häufig explosionsartige Erregungen mit großer motorischer Unruhe, lautem Schreien, unflätigem Schimpfen, ungestümem Fortdrängen. Dazwischen ab und zu freier; Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Allmählich ruhig, geordnet, aber läppisch schwachsinnig, teilweise Krankheitseinsicht. Am 21. Januar 1910 entlassen.

Zweite Aufnahme 7. November 1910 (freiwillig, weil er stärkeren Rückfall fürchtet). — Klagen über starke Geräuschempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Gedächtnisschwäche, plötzliche Zuckungen in Armen und Beinen, mangelhaften Schlaf.

Somatisch: Linke Lidspalte enger, als rechte. Linke Pupille weiter wie rechte, beide träge reagierend. Reflexe gesteigert; rechts Patellarreflex stärker als links. Andeutung von Fußklonus. Kein Romberg. Tremor. Hyperästhetische Zonen in der Glutäalgegend. Keine Sprach- und Schriftstörung.

WaR. im Blute +++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 +++. Ph I +; starke Lymphozytose. Anfangs ängstliches, depressives, willensschwaches Wesen. Besserung namentlich auch der nervösen Beschwerden auf Einspritzungen mit nukleinsaurem Natrium. Sonst unverkennbare geistige Schwäche, namentlich außerordentlich kritik- und einsichtslos.

Am 16. Juni 1911 entlassen. Der Zustand des Pat., der zurzeit sehr schwer körperlich krank ist, soll sich seither nicht wesentlich verändert haben.

Bei diesem Falle drängt sich natürlich die Frage auf, ob das Krankheitsbild, das der Kranke zuerst bot, und das ganz dasjenige der katatonen Form der Dementia praecox ist, als eine für sich abgeschlossene, selbständige Erkrankung oder als ein Zustandsbild der nach dem serologischen Befunde jetzt vorliegenden luischen Gehirnstörung aufzufassen ist. Wir möchten beinahe das letztere annehmen, denn nach den Mitteilungen *Westphal*s gibt es innerhalb der luischen Psychosen Krankheitsbilder, bei denen neben Sinnestäuschungen und Wahnideen, die an die Dementia praecox erinnern, auch katatonische Erscheinungen ausgebildet sind, wobei neurologische Symptome fehlen können.

Eine weitere Gruppe der Gehirnsyphilis ist diejenige, die sich in Schlaganfällen äußert unter gleichzeitiger Entwicklung eines mehr oder weniger ausgeprägten psychischen Schwächezustandes. *Kraepelin* bezeichnet sie als apoplektische Gehirnlues.



7. N. W., 41 Jahre alt, Bürstenmacher. In der Familie mehrere Schlaganfälle. Rechthaberisch, leicht erregbar. Anfang 1890 luische Infektion. Einmalige Hg-Kur; später „Einspritzungen". 1901 Heirat; zwei lebende Kinder, eine Totgeburt.

Frühjahr 1905 nervöse Beschwerden, Kopfschmerzen, Schwindel, gesteigerte Erregbarkeit, Stimmungswechsel; öfters verwirrt, auffallend starrer Blick. Am 2. Juli 1905 Apoplexie, dreitägige Bewußtlosigkeit, Lähmung der Sprache und der rechten Körperhälfte. Langsame Zurückbildung der Lähmungserscheinungen. Hochgradige psychische Veränderung; zerstreut, vergeßlich, willensschwach; herabgesetzte physische und psychische Leistungsfähigkeit, abnorm starke Reizbarkeit, mißtrauisch, Neigung zu Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen; starke Urteilsschwäche. Zeitweiliges Vorsichhinreden, unmotiviertes Lachen, verwirrtes Reden; lebhafter Stimmungswechsel, vorwiegend aber depressiver Art. Häufige Klagen über Schwindel und Kopfschmerzen.

Am 22. März 1907 erschoß M. in einem depressiven Zustande seine beiden Kinder und suchte seine Frau und sich zu erschießen.

Erste Aufnahme 18. Mai 1907 zur sechswöchigen Beobachtung.

Somatisch: Links starre, rechts träge Reaktion der Pupille. Parese des rechten unteren Fazialis. Parese des rechten Gaumensegels und der rechten Zungenhälfte. Geschmacksstörungen auf der vorderen Hälfte der rechten atrophischen Zungenhälfte. Sprache verschwommen. Anarthrie. Abschwächung der Hautreflexe, Steigerung der Sehnenreflexe; angedeuteter Romberg.

Psychisch: Gedächtnisschwäche, Herabsetzung der Merkfähigkeit und des Auffassungsvermögens; hochgradige Urteilsschwäche, gemütliche Stumpfheit, labile Stimmungslage, Neigung zur Depression; zwangsartiges Lachen.

Auf Gutachten exkulpiert und am 23. Juli 1907 als Kranker eingewiesen.

In der Folgezeit dasselbe Bild wie früher; indolentes Verhalten; gelegentlich reizbar, einsichtsloses Schimpfen und Fortdrängen, schwachsinnige Beeinträchtigungsideen. Häufige Klagen über Kopfschmerzen und Schwindel.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 +. Ph. I deutliche Opaleszenz, Lymphozytose.

Am 5. Oktober 1912 Exitus. Todesursache exsudative Pleuritis und Myokarditis.

Sektionsbefund: Gehirn: Gewicht 1060 g; kein Hydrocephalus int. und ext. Pia nicht auffallend verdickt und getrübt. Rinde leicht verschmälert. Gehirnsubstanz derb; Erweiterung der kleinen Gefäße. Granulierung des Ependyms. Pleuritis, Peri- und Myokarditis. Hochgradige Aortitis. Leber zirrhotisch, enthält im Innern ein kugeliges, fibröses Gebilde (Gummi?). Nephritis interstitialis.



M i k r o s k o p: Randzopf normal stark; Glia in der ganzen Rinde vermehrt, viele Spinnenzellen. Nicht sehr starke gemischte Zelldegeneration; kleinere Gefäße mäßig vermehrt, keine Zellinfiltration der Adventitia; gröbere Gefäße: leichte Wandverdickung. Markscheiden wenig degeneriert.

8. H. L., 58 Jahre alt, Malermeister. Keine Heredität. Luisch infiziert (Zeitpunkt nicht zu ermitteln).

Juni 1912 „Anfall" auf der Straße, fiel zusammen, ½ Stunde bewußtlos; anschließend Verwirrtheit, Aphasie offenbar sensorisch. Nach dem Anfalle viel Zucker im Urin ärztlich konstatiert. Nach 2 Tagen keine Sprachstörung mehr; bot psychisch nichts Auffälliges mehr. Im September 1912 erneut „Anfall"; hernach unruhig, Rededrang, sensorische Aphasie; Klagen über starke Kopfschmerzen. Mitte Oktober 1912 zweimalige Salvarsaninjektionen.

Aufnahme am 23. Oktober 1912.

S o m a t i s c h: Motorische und sensorische Aphasie. Perseveration. Dysgraphie. Rechte Pupille träge reagierend (später Pupillen entrundet, kaum reagierend). Rechter Mundfazialis < links; Zunge weicht nach rechts ab; linkes Supraorbitalgebiet > rechts innerviert. Patellarreflexe links > rechts; leichte Ataxie.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 ++++; Ph. I +, starke Lymphozytose.

Nach 8 Tagen dreitägiger somnolenter Zustand, keine Reaktion, stertoröses Atmen, Inkontinenz. Hernach vorübergehend klarer, orientiert, jedoch andauernd aphasisch; geringe sprachliche Äußerungen. Nächtliche Unruhe. Am 22. November starke Durchfälle mit Fieber, zuletzt benommen; am 25. November 1912 Exitus.

S e k t i o n s b e f u n d: Dura hämorrhagisch injiziert, Verwachsungen mit Pia; Basalgefäße perlenschnurartige gelbe Herde. Gehirngewicht 1350 g. Windungen über linkem Schläfenlappen abgeflacht. Kein Hydrocephalus int. und ext.; keine Granulierung des Ependyms; der ganze linke Schläfenlappen ist von einer Zyste angefüllt, die seröse, leicht blutig tingierte Flüssigkeit enthält. Koronarsklerose, Aortitis. Auffallende Vergrößerung der Nebenniere.

M i k r o s k o p i s c h: Mäßige Randgliose; zahlreiche Spinnenzellen; gleichmäßig verbreitete Zelldegeneration; Gefäße vermehrt, erweitert, „Schrumpfräume", keine Zellinfiltration; gröbere Gefäße weisen stellenweise verdickte Wandungen auf. Markscheiden relativ gut erhalten.

Differentialdiagnostisch könnte bei diesen beiden Fällen eine arteriosklerotische Gehirnerkrankung in Frage kommen. Gegen eine solche sprach in dem Falle 7 das relativ junge Alter. Im Falle 8 schlossen wir sie infolge des Fehlens einer generellen Arteriosklerose und auf Grund der gegenüber der arteriosklerotischen Störung größeren Mannig-



faltigkeit der körperlichen Symptome und namentlich auch auf Grund des serologischen Befundes aus, der in beiden Fällen auf eine luische Gehirnstörung hinwies. Die Richtigkeit unserer Auffassung wurde auch in beiden Fällen durch die histologische Untersuchung [1]) bestätigt, die im allgemeinen die Veränderungen ergab, wie sie sich bei den syphilitisch endarteriitischen Prozessen finden, und die namentlich das Vorliegen einer paralytischen oder arteriosklerotischen Gehirnerkrankung ausschloß [2]).

Wie zuerst *Römheld* [3]) und später auch *Stransky* [4]) berichtete, gibt es vereinzelte Fälle der luischen Gehirnerkrankung, in denen sich ein *Korsakow*sches Zustandsbild entwickelt. In diese Gruppe ist der folgende Fall einzurechnen.

9. T. M., 42 Jahre alt, Rechtsagent. Mutter an Apoplexie gestorben. Pat. war früher Kaufmann, später Bierreisender; während dieser Zeit Alkoholabusus; später als Rechtsagent solide Lebensweise. 1908 Sturz auf Hinterkopf mit Kommotionserscheinungen. Luische Ansteckung negiert.

1909 Haarausfall, ärztlich konstatierte Gummata an Hoden und Schädeldach; antiluisch behandelt. März 1910 Klagen über Kopfschmerzen. Anfang Mai 1910 fiel plötzlich auf, daß Pat. keine richtigen Antworten mehr gab; bald darauf zerstreut, hochgradig apathisch; auf Fragen blödes Lächeln und meist verkehrte Antworten; hochgradige Gedächtnisschwäche selbst für einfachste Dinge, so z. B. für Namen der Eltern und Geschwister. Zuletzt unruhig und verwirrt.

Aufnahme am 2. Juni 1910.

Somatisch: Pupillen eng, reagieren. Hautreflexe schwach; rechter Patellarreflex fehlt, linker vorhanden; kein Patellar- und Fußklonus. Kein Romberg; Gang unsicher. Kein Sprach-, geringe Schriftstörung. Keine Nervendruckpunkte. Narbe am Penis.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 ++++; Ph. I leichte Opaleszenz, geringe Lymphozytose.

Somatischer Befund: Seither wechselnd, zeitweise Steigerung der Sehnenreflexe, Fußklonus, Babinski, Romberg.

[1]) Ausgeführt von Medizinalrat *Thoma*.

[2]) *Schüle* hat übrigens als erster auf die anatomischen Unterschiede der Hirnsyphilis und Dementia paralytica aufmerksam gemacht. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 28.

[3]) *Römheld*, Über den *Korsakow*schen Symptomenkomplex bei Gehirnlues. Archiv für Psychiatrie Bd. 41, H. 2.

[4]) *Stransky*, Die Lehre vom *Korsakow*schen Symptomenkomplex. Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie 1905.



Jetzt: Pupillen gleichweit, Lichtreaktion erloschen, Konvergenz-eaktion intakt. Tremor linguae. Patellarreflex gesteigert; Achilles-ehnenreflex r < l. Fußklonus namentlich links. Kein Babinski; Rom-erg; ataktischer Gang; Tremor; Dermographie. Kältehyperästhesie. ncontinentiae urinae et alvi.

WaR. jetzt (Salvarsan und Schmierkur!) im Liq. 0,2 — bis 1,0 +, Ph. I schwach +.

Psychischer Status bei der Aufnahme: Hochgradige Gedächtnisschwäche besonders für die jüngste Vergangenheit, weniger für frühere Ereignisse, starke Merkstörung, Erinnerungsfälschungen, Konfabulationen; weder zeitlich noch örtlich orientiert. Verkennung der Umgebung und Situation.

Verlauf: Stimmung labil, leicht beeinflußbar, euphorisch, leicht weinerlich; gelegentlich Beeinträchtigungsideen, unter deren Einfluß gereizt. Amnestische Störung, Gedächtnisschwäche, Neigung zum Konfabulieren, Desorientiertheit, Situationsverkennung. Anfangs Jodkali, dann Schmierkur, zweimal Salvarsan (0,5 + 0,4 g) subkutan, anschließend Schmierkur.

Bei all diesen geschilderten Fällen von Gehirnlues war die Globulinreaktion im allgemeinen deutlich schwächer als bei der Paralyse. *Bisgaard*[1]) hat schon auf diese Erscheinung aufmerksam gemacht und führt sie darauf zurück, daß bei der Paralyse die Hauptmenge des Eiweißes, bei allen übrigen organischen Krankheiten, darunter auch die Lues cerebri, nur ein kleiner Bruchteil mit Ammoniumsulfat gefällt wird. Daß dieser Unterschied jedoch als ein differentialdiagnostisches Kriterium zwischen Paralyse und Lues cerebri verwertet werden kann, wie *Bisgaard* glaubt, halten wir nach unseren Beobachtungen nicht für angängig.

Eigene Untersuchungen über Tabes, bei der die Wassermannsche Reaktion im allgemeinen im Serum stets positiv, im Liquor dagegen auch bei der Auswertung sehr häufig negativ ist, sind gering und erstrecken sich nur auf drei Fälle; dabei reagierte das Blut jeweils positiv, der Liquor in dem einen Falle negativ und in dem anderen bei der Auswertung positiv. Bei dem dritten Falle konnte infolge großer körperlichen Schwäche und Herzstörungen die Lumbalpunktion nicht riskiert werden. Der Fall mit positiver Liquorreaktion ist übrigens

[1]) *Bisgaard*, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Lues cerebri des Zentralnervensystems. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 8, 3.



klinisch interessant gelagert und verdient deshalb eine eingehendere Würdigung.

H. J., 46 Jahre alt, Jurist. Keine Heredität. 1881 luische Infektion, nicht behandelt. 1909 Heirat, ein angeblich gesundes Kind.

Seit 1 Jahr nicht rechtes Wohlbefinden, lanzinierende Schmerzen, zeitweise Incontinentia urinae.

Mai 1912 fieberhafte Leberschwellung, auf Jod Besserung. Infolge des Erkenntnis des syphilitischen Charakters dieser Erkrankung, wegen der im Juli Salvarsankur, verstimmt, unfähig zur Arbeit, sich zu konzentrieren, willensschwach, depressive Vorstellungen, Selbstvorwürfe, Lebensüberdruß.

Aufnahme am 3. Oktober 1912.

Psychisch: Ausgesprochene Depression, gedrückte Stimmung, Selbstvorwürfe, Schlaflosigkeit.

Somatisch: Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der Leber; Pupillen starr; Hautreflex vorhanden; Patellarreflexe erloschen, Andeutung von Romberg und Babinski, leichter Tremor, gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit. Keine Störung des Ganges und der Sprache.

WaR. im Blute ++++, im Liq. 0,2 —, bis 1,0 ++++, Ph. I +. Baldiges Zurücktreten der Depression.

Am 30. Oktober 1912 weitgehend gebessert entlassen.

Wir sprachen diesen Fall, der klinisch keine Merkmale einer zerebralen organischen Störung bot, als eine Melancholie bei Tabes an. Diese erinnert übrigens in ihrer Entwicklung und in ihrem Verlaufe sehr an das Krankheitsbild, das bei Luikern unter dem Einflusse des psychischen Shoks infolge der syphilitischen Ansteckung nicht selten auftritt.

Ein Fall von multipler Sklerose, die häufig differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber der Lues cerebri bereitet, zeigte eine negative Wassermannsche Reaktion im Blute und im Liquor. Denselben Befund konnten wir bei einem Falle von *Jackson*scher Epilepsie und bei zwei Fällen von epileptischem Irresein mit typischen Krampfanfällen erheben. Ein Epileptiker reagierte im Blute positiv, im Liquor dagegen auch bei der Auswertung negativ. Bei diesem Kranken, der eine luische Infektion negierte, bestand der Verdacht einer kongenitalen Lues, die sehr wohl die Ätiologie für das vorliegende Leiden sein konnte.

In der letzten Zeit haben wir unsere Aufmerksamkeit der serologischen Untersuchung der Familienangehörigen unserer an luischen und metaluischen Gehirnstörungen erkrankten Pfleglingen zugewandt.

Wie sehr die Kenntnis der Wassermannschen Reaktion in das Publikum gedrungen ist, geht daraus hervor, daß wir mehrmals, ohne unsere Anregung, um eine Untersuchung nach Wassermann angegangen wurden. Unser Material auf diesem Gebiete, auf dem sich eine dankbare soziale Aufgabe für uns Psychiater ergibt, ist noch nicht sehr ausgiebig und zu klein, so daß wir uns irgendwelche bestimmte Schlüsse daraus nicht erlauben können. Wir untersuchten 11 Frauen, von denen 6 negativ und 5 positiv reagierten, also 45,5% positiver Ausschläge, während *Plaut* nur 32,6% fand. Kinder von Paralytikern kamen in 10 Fällen zur Untersuchung. Mehrmals konnten wir bei ihnen eine gewisse neurasthenische Allgemeinbeschaffenheit, oft verbunden mit Anämie und gewisser Körperschwäche feststellen, auch wurde uns einige Male von leichten Störungen auf intellektuellem und affektivem Gebiete berichtet. Bei sämtlichen untersuchten Kindern, deren Mütter übrigens negativ reagierten, fand sich gleichfalls eine negative Reaktion im Blute. Wir haben es uns nunmehr zur Pflicht gemacht, soweit irgend nur möglich, die Familienmitglieder der an syphilogenen Zerebrospinalerkrankungen leidenden Pfleglinge serologisch zu untersuchen; es werden sich hierbei sicherlich immer wieder Fälle finden, bei denen wir beratend und prophylaktisch therapeutisch eingreifen können.

So ist die Wassermannsche Reaktion ohne Zweifel ein unentbehrliches und bleibendes Hilfsmittel für die neurologische und psychiatrische Diagnostik geworden; sie hat die Serologie der Geistesstörungen eröffnet, die allem Anscheine nach eine weitere Ausgestaltung durch die *Fauser*schen Untersuchungen mittels des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens findet.



Zur Kenntnis des psychisch abnormen Landstreichertums.

Von **Hans Roemer**-Illenau.

Von allen Gesellschaftsschichten widerstrebt das Landstreichertum seiner Natur nach am meisten einer unmittelbaren statistisch-demographischen Erfassung. Die Momentbilder, welche die Volks- und Berufszählungen von der Gliederung der seßhaften Bevölkerung zu bestimmten Zeitpunkten liefern, können von dieser fluktuierenden Masse selbstverständlich keine Anschauung geben: einmal nehmen die Landstreicher vorübergehend die Rolle der Erwerbstätigen an und verschwinden für den zählenden Beobachter von Zeit zu Zeit hinter der Maske der Berufs- oder doch der Gelegenheitsarbeiter; andererseits rinnt der ganze Strom der Vagabunden, solange sie auf der Straße leben, Tag für Tag unaufhörlich und unkontrollierbar durch das weitmaschige Sieb der Volkszählungstermine. Unmittelbare statistische Zählungen im Sinne der exakten Gesellschaftslehre können hier nicht in Betracht kommen. Wir sind vielmehr für die Beurteilung des ungefähren Umfangs und der allgemeinen Verhältnisse dieser Bevölkerungsschicht sowie ihrer Veränderungen auf den indirekten Weg angewiesen und müssen versuchen, aus Massenbeobachtungen anderer Art Anhaltpunkte über die soziale Erscheinung des Landstreichertums zu gewinnen. So kann man z. B. regelmäßige Beobachtungen darüber anstellen, wie oft im Verlauf eines gewissen Zeitraumes innerhalb eines abgegrenzten Territoriums die Wanderherbergen und Arbeiterkolonien benützt, wie oft Strafen wegen Bettels und Arbeitsscheu und insbesondere die korrektionelle Nachhaft verhängt werden.

Seitdem nun *Bonhoeffers*[1]) Massenuntersuchungen an Bettlern

[1]) *Bonhoeffer*, Ein Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettler- und Vagabundentums.



nd Vagabunden und *Wilmanns*[2]) persönliche psychologische Beob-
chtungen und patho-psychographische Analysen von Landstreichern
ezeigt haben, daß sich das Landstreichertum zum beträchtlichen
eil aus psychopathisch veranlagten und psychotisch erkrankten
Elementen zusammensetzt, liegt es nahe, auch die psychia-
rischen Institute in den Kreis dieser Be-
rachtungen zu ziehen und durch die Unter-
suchung der während einer bestimmten Periode
innerhalb eines umschriebenen Gebietes in die
Irrenanstalten aufgenommenen Landstreicher
zur Kenntnis des psychisch abnormen Teiles
der vagabundierenden Bevölkerung beizu-
tragen. Da in Baden bei der Internierung jeweils die wichtigsten
persönlichen Verhältnisse der Aufgenommenen statistisch notiert
werden, kann bei der Verarbeitung des einschlägigen irrenstatistischen
Materials außer über die Frequenz und die Krankheitsform auch
über eine Reihe demographischer und psychiatrischer Verhältnisse
Aufschluß gewonnen werden.

Gleichzeitig wird sich ein in sozial-psychiatrischer, volkswirt-
schaftlicher und verwaltungstechnischer Hinsicht bemerkenswerter
Einblick in den Umfang der finanziellen Belastung eröffnen, welche
der öffentlichen Irrenfürsorge und — durch ihre Vermittlung — den
Armenbehörden eines Landes durch die psychisch abnormen Vaga-
bunden erwächst. Es wird sich also der Anteil der Irrenfürsorge an
der Landstreicherfürsorge herausstellen lassen und auch im allgemeinen
die Beziehung der psychiatrischen Institute zu den übrigen Ein-
richtungen und Maßnahmen zur Lösung dieses sozialen Problems
erkennbar werden.

Endlich kann eine solche Untersuchung bemerkenswerte Gesichts-
punkte für die Methodik der demographischen Verwertung der Irren-
statistik liefern: diese besteht ja im wesentlichen darin, daß die Mor-
biditätsziffern für die einzelnen Berufsgruppen, Altersklassen und
die sonstigen Kategorien der demologischen Gliederung eruiert werden.
Für die Mehrzahl solcher Fragen kann nur die seßhafte Bevölkerung

[2]) *Wilmanns*, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig
1906. Derselbe: Das Landstreicher- und Bettlertum der Gegenwart.
Leipzig 1911.

bei der Berechnung in Betracht kommen, der fluktuierende Teil erfordert somit entsprechend seiner charakteristischen Eigenart und angesichts der Besonderheit einer solchen Relation aus methodischen Gründen eine gesonderte Behandlung.

Die psychopathischen bzw. psychotischen Vagabunden stören also nicht allein die Ordnung des Gesellschaftslebens, sie erschweren auch die geregelte Abwicklung der Irrenfürsorge und sie komplizieren die methodische Verarbeitung der Irrenstatistik. Das psychisch abnorme Landstreichertum wird somit in mehrfacher Beziehung Gegenstand der sozialpsychiatrischen Forschung, insofern diese den sozialen Ursachen wie den sozialen Folgen der Psychopathien und Psychosen gleichermaßen nachzugehen und so die Grundlage für eine rationelle sozialpsychiatrische Taktik, eine Therapie und namentlich eine Prophylaxe, zu schaffen hat.

Die Methode einer derartigen Untersuchung kann nur die statistische sein: es gilt, einen Überblick über das psychisch abnorme Landstreichertum, soweit es in die psychiatrischen Institute eines Territoriums aufgenommen wird, zu gewinnen, also eine Massenerscheinung zu erfassen, und dies kann nur auf statistischem Wege, d. h. vermittelst des numerischen, des zählenden Verfahrens erreicht werden. Die Individualanalyse wählt die einzelne Persönlichkeit zum Gegenstand einer möglichst eindringenden und zugleich möglichst umfassenden Untersuchung; sie erstrebt somit die Biographie bzw. das Psychogramm des Exploranden, um dann durch Ausdehnung dieses Vorgehens auf tunlichst viele Individuen zur Umschreibung eines somatologischen, psychologischen und soziologischen Typus zu gelangen. Bei der statistischen Methode besteht hingegen die Aufgabe darin, die Gesamtmasse der fraglichen Individuen unter Verzicht auf die Fülle der persönlichen Einzelheiten durch die statistische Zählung nach gewissen durchgängigen Gesichtspunkten zu erfassen, sie auf das Vorhandensein etwaiger, allen gemeinsamer Merkmale zu prüfen und eventuell auch nach unterscheidenden Besonderheiten in Gruppen zu zerlegen.

Eine derartig psychiatrisch-statistische Untersuchung bedient sich indessen der numerisch-statistischen Methode, ohne damit auch schon dem Gebiete der statistischen Wissenschaft, d. h. der exakten Gesellschaftslehre im strengen Sinne anzugehören. Diesem könnte



ein solcher Versuch erst dann zugerechnet werden, wenn wir in der Lage wären, die beobachtete Masse der Kranken auf die Bevölkerungsschicht, der sie angehören, zahlenmäßig zu beziehen und so die Erkrankungsgefahr dieser sozialen Gruppe zu berechnen. Dies ist nun bezüglich des Landstreichertums naturgemäß völlig ausgeschlossen, da dieses einer direkten Zählung unzugänglich bleibt. Der Teil des Landstreichertums, welcher der Irrenfürsorge zur Last fällt, soll ja unter anderem umgekehrt als Anhaltpunkt für den unbekannten Umfang des Landstreichertums überhaupt dienen. Wir müssen uns somit mit der Schwierigkeit, die in der Eigenart des Gegenstandes begründet ist, abfinden, auf einen derartigen Vergleich verzichten und uns mit den rohen Zahlen, die sich ergeben, begnügen.

Diese notwendige Einschränkung bringt es mit sich, daß die resultierenden Werte nicht die exakte Bedeutung der Zahl im Sinne der statistischen Wissenschaft beanspruchen können, sondern allein als Ausgangspunkt für eine grobe Abschätzung der absoluten Häufigkeit der psychisch abnormen Vagabunden betrachtet werden dürfen.

Für diesen Mangel in methodischer Hinsicht ließe sich in dem Vergleich mehrerer benachbarter Territorien bis zu einem gewissen Grad ein Ersatz finden: die Frequenz der Landstreicher innerhalb eines bestimmten Gebietes und damit die Quote der in die Irrenanstalten dieses Bezirkes eingewiesenen Vagabunden ist offenbar zum Teil von Faktoren abhängig, deren Wirkung kaum unmittelbar und für ein Gebiet an sich bewertet werden kann. Solche Faktoren sind die geographische Konfiguration eines Landes, seine Lage zu den hauptsächlichsten Verkehrswegen und Wanderstraßen, sein gesamter Bevölkerungsaustausch mit den Nachbarstaaten, seine wirtschaftlichen Verhältnisse u. a.; ohne Zweifel kommt in dieser Richtung für Baden z. B. die langgestreckte Form des Landes, der große Umfang der Grenzstriche, die zentrale Lage der Hauptverkehrslinie und ähnliches in Betracht. Der entsprechende irrenstatistische Vergleich benachbarter Territorien (Bundesstaaten, Provinzen), wie er an Hand von Individualzählkarten ohne Schwierigkeit zu bewerkstelligen wäre, könnte nun ein genaueres Bild von der relativen Häufigkeit geben, mit der psychisch abnorme Vagabunden in den einzelnen geographisch und wirtschaftlich differenten Teilen eines solchen größeren räumlichen Komplexes interniert werden. Damit wäre dann



ein indirekter Anhaltpunkt für die relative Frequenz des Landstreichertums in diesen Gebieten gegeben. Die für eine solche vergleichend-geographische Betrachtung erforderlichen irrenstatistischen Unterlagen stehen uns jedoch zurzeit nicht zur Verfügung, wir müssen deshalb bei der Behandlung des Materials eines einzigen Territoriums auch von diesem Notbehelf absehen.

Das Material der vorliegenden Untersuchung besteht in den statistischen Daten über die vom 1. Januar 1904 bis 31. Dezember 1910 in die psychiatrischen Kliniken Heidelberg und Freiburg sowie in die öffentlichen Irrenanstalten Illenau, Pforzheim, Emmendingen und Wiesloch aufgenommenen, über 16 Jahre alten Landstreicher.

Die Irrenstatistik wird in Baden seit 1904 vermittels individualstatistischer Fragekarten erhoben, auf denen für jeden aufgenommenen Kranken die persönlichen Verhältnisse, die vorliegende Krankheitsform sowie zahlreiche verwaltungstechnische Angaben verzeichnet werden. Die Fragekarten werden von den Ärzten und den Verwaltungsbeamten der Anstalten und Kliniken an Hand der Personalakten ausgefertigt und gemeinsam vom statistischen Landesamt[1]) in Karlsruhe verarbeitet. Hierbei werden handliche Zählblättchen nach beistehendem Muster (s. folgende Seite) benützt, auf welche die Erhebungen der Fragekarten übertragen werden.

Es ist nun darzulegen, nach welchen Gesichtspunkten der Begriff des Landstreichers gefaßt und die Auswahl der bearbeiteten Beobachtungsmasse getroffen worden ist.

Nur in ganz wenigen Fällen fand sich an Stelle der Berufsangabe der Vermerk „Vagabund", „Stromer", „Landstreicher" usw. Dies ist kaum anders zu erwarten, da die Landstreicher mit der Angabe eines Berufes, speziell eines Handwerkes, das sie früher einmal erlernt haben, oder wenigstens mit der Angabe „Gelegenheitsarbeiter" erfahrunggemäß so gut wie immer bei der Hand sind. Als Kriterium

[1]) Es ist mir eine besonders angenehme Pflicht, dem Vorstand des Großh. Statistischen Landesamtes, Herrn Geheimen Oberregierungsrat Dr. *Lange*, für die gütige Ermöglichung dieser Untersuchung sowie Herrn Regierungsrat Dr. *Hecht* für die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausarbeitung auch an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.



Jahr 190.....	Anstalt..........................	Männlich.

1. Name.	2. Geburtstag	3. Familienstand	4. Beruf.
....	....	....	.... Sig. ....

5. Geburtsort.	6. Staatsangehörigkeit.	7. Religion.	8a. Früher schon in Anstalt.
....	....	....	....

8b. Körperliche Krankheit.	9a. Wohnsitz.	9b. Aufenthaltsdauer.	10. Aufnahmetag.
....	....	....	....
		9c. Früherer Wohnsitz	
		....	

11. Wievielte Aufnahme.	12. Auf wessen Antrag.	13. Woher.	14. Träger der Kosten.
....	....	....	....

15. Klasse.	16. Entmündigung, Pflegschaft			17. Art der Krankheit.
	Vor.	Während.	Grund.	
....	....	....	....	....

18. Ausscheiden.						
Tag.	Grund.				Bei Lebenden, wohin entlassen.	Bei Gestorbenen Todesursache.
	Geh.	Geb.	Ung.	Gest.		
....	.....	.....	.....	.....	....	....

des Landstreichers wurde d a s F e h l e n e i n e s f e s t e n W o h n s i t z e s benützt. Die Erhebungen der Irrenstatistik über den Wohnsitz, von denen wir hierbei ausgegangen sind, dürfen als besonders zuverlässig betrachtet werden, da dessen Ermittlung bei allen unvermöglichen Kranken zur Entscheidung der Frage der Kostendeckung regelmäßig erforderlich ist. Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 30. Mai 1908 bestimmt:

„Wer innerhalb eines Ortsarmenverbandes nach zurückgelegtem 16. Lebensjahr ein Jahr lang ununterbrochen seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt hat, erwirbt dadurch in demselben seinen Unterstützungswohnsitz."



Die Verhandlung darüber, welchem Ortsarmenverband die unerwünschte Last der Verpflegungskosten zufällt, werden aus naheliegenden Gründen mit großer Sorgfalt betrieben — öfters führen sie zur Anrufung der gerichtlichen Entscheidung seitens der streitenden Parteien — und nehmen das Vorleben solcher unbemittelter Kranker mit aller wünschenswerter Genauigkeit unter die Lupe, so daß bei dieser Gelegenheit mit völliger Sicherheit festgestellt wird, ob der Betreffende über einen festen Wohnsitz verfügt oder nicht. Aus diesem Grunde halten wir uns für berechtigt, den Vermerk „ohne festen Wohnsitz, umherziehend", der sich ja auf die Lage der Personalakten stützt, als Unterscheidungsmerkmal für die Landstreicher zu verwenden.

Wenn wir nun annehmen dürfen, auf diesem Wege alle vorhandenen Landstreicher aus der Gesamtmasse der Aufnahmen ausscheiden zu können, so fragt es sich umgekehrt, ob alle Ausgeschiedenen deshalb auch als Landstreicher betrachtet werden dürfen. In dieser Beziehung ist folgendes zu bemerken: zunächst waren die vermöglichen Kranken ohne festen Wohnsitz zu eliminieren. Bei dieser Gruppe handelt es sich vorwiegend um Psychopathen, Querulanten, Neurastheniker, welche häufig die Mittel zur Verpflegung in einer höheren als der Normalklasse besitzen, wesentlich infolge ihrer psychischen Anomalie ihren Aufenthaltsort beständig wechseln und als moderne Nomaden zwischen Sanatorien, Kliniken und Anstalten hin- und her pilgern. Diese Vagabunden feinerer Art ließen sich in den seltenen zweifelhaften Fällen durch Zurückgehen auf die Personalakten ohne Schwierigkeit erkennen und ausscheiden. In zweiter Linie waren noch einige Kranke abzurechnen, die nach Ausweis der Akten während einer Reise erkrankt und nach kurzer fürsorglicher Anstaltsverpflegung von den Angehörigen nach Hause geholt wurden.

Auf diese Weise haben wir die Landstreicher von dem Gros der Anstaltsaufnahmen, wie wir überzeugt sind, in zutreffender Weise gesondert. Bei den meisten hatten wir übrigens für die Richtigkeit unserer Auswahl insofern eine weitere Gewähr, als sie aus dem Arbeitshaus, dem Untersuchungsgefängnis, der Strafanstalt, dem Krankenhaus usw. in die Anstalten und Kliniken kamen und von dort die Diagnose des Landstreichers mitbrachten. Ähnlich steht es mit den durch die Polizei von der Straße Aufgegriffenen, während die „von



ause“ Aufgenommenen bei der Heimkehr von der Wanderschaft on den Angehörigen als krank erkannt und in die Anstalt verbracht urden. In einigen Fällen stellte sich übrigens nach den Akten die ngabe „von Hause“ als Euphemismus für den Tatbestand „von der andstraße“ oder „vom Jahrmarkt“ heraus.

D i e G e s a m t z a h l der mit Hilfe dieses Verfahrens ermittelten sychisch abnormen Landstreicher, die vom 1. Januar 1904 bis 31. Dezember 1910 im Großherzogtum Baden in die psychiatrischen Kliniken und die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten aufgenommen worden sind, beläuft sich auf 689 Personen (648 Männer und 41 Frauen). Diese Quote enthält jedoch u. a. auch die Überführungen der 161 chronisch Kranken (151 Männer und 10 Frauen) aus den Aufnahmeanstalten (Heidelberg, Freiburg, Illenau) in die Übernahmeanstalten (Pforzheim, Emmendingen, Wiesloch), die ausschließlich der Fortsetzung der Anstaltsverpflegung innerhalb desselben Territoriums dienen und deshalb für die meisten der unten behandelten Fragen abzurechnen sind.

Den Hauptgegenstand unserer Untersuchung bilden somit 528 Landstreicher (497 Männer, 31 Frauen).

Diese gliedern sich für die weitere Verwertung jenachdem sie während des Beobachtungszeitraumes einmal oder mehrmals anstaltsbedürftig geworden sind.

Es wurden vom 1. Januar 1904 bis 31. Dezember 1910

	394	Männer	1 mal	aufgenommen	= 394	Aufnahmen	
41	31	„	2 „	„	= 62	„	103 Aufnahmen
	4	„	3 „	„	= 12	„	
	3	„	4 „	„	= 12	„	
	2	„	5 „	„	= 10	„	
	1	Mann	7 „	„	= 7	„	
	435	Männer			= 497	Aufnahmen	

Ferner wurden

29	Frauen	1 mal	aufgenommen	= 29	Aufnahmen
1	Frau	2 „	„	= 2	„
30	Frauen			= 31	Aufnahmen

Es wurden somit 394 Männer und 29 Frauen einmal und 41 Männer mit 103 Aufnahmen bzw. 62 Wiederaufnahmen sowie eine

Frau mit 2 Aufnahmen bzw. 1 Wiederaufnahme der Anstaltspflege zugewiesen.

Um bei bestimmten Fragen Doppelzählungen zu vermeiden, wird es notwendig, im gegebenen Fall die Wiederaufnahmen auszuschalten und nur die vom 1. Januar 1904 an erstmals vollzogenen Internierungen zu verrechnen. Die Zahl der in unserem Zeitraum beobachteten Erstaufnahmen, die Summe I, beträgt 465 (435 Männer, 30 Frauen), die der Wiederaufnahmen, die Summe II 63 (62 Männer und 1 Frau).

Diese Unterscheidung kann jedoch noch kein Bild von der Neigung der psychisch abnormen Landstreicher zu Rückfällen mit erneuter Anstaltsbedürftigkeit geben, da die während des Beobachtungszeitraumes erstmals Internierten zum großen Teil früher schon Gegenstand der Irrenfürsorge gewesen waren. Dies ergibt sich aus folgender Tabelle 1.

Tabelle 1.

1	2	3	4	5
Unter den zwischen 1. 1. 1904 und 31. 12. 1910 erstmals aufgenommenen Landstreichern (Summe I) waren	Männer	Frauen	Zusammen	%
Ia überhaupt erstmals Internierte (absolute Erstaufnahmen)	299	20	319	68,6
Ib vor 1. 1. 1904 schon Internierte (relative Erstaufnahmen), u. zwar				
I b_1 außerhalb Badens	84 } 136	6 } 10	90 } 146	19,4 } 31,4
I b_2 innerhalb Badens	52	4	56	12,0
Summe	435	30	465	100,0

Demnach waren 31,4% unserer Erstaufnahmen (Summe I) schon früher in Heilanstalten verpflegt worden (relative Erstaufnahmen unseres Beobachtungszeitraumes) und nur 68,6% kamen während dieser Periode überhaupt zum erstenmal zur Internierung (absolute Erstaufnahmen).

Zu diesen (Summe I a) sind auch die 19 Überführungen männlicher Kranken aus fremden Anstalten hinzugerechnet, bei denen die Transferierung nur die Fortsetzung der auswärts eingeleiteten Anstaltspflege bedeutet.

Bei dieser Unterscheidung ist allerdings zu berücksichtigen, daß die diesbezüglichen Angaben der Aufgenommenen nur zum Teil aktenmäßig kontrolliert werden konnten. Eine genaue Buchführung in dieser Richtung wäre an den statistischen Zentralen nur an Hand von Irrenkatastern mit Individualkarten durchführbar, und auch dabei wäre die Identifizierung gerade dieser Kranken gelegentlich durch absichtlich gefälschte Namensangabe erschwert. Immerhin scheinen sich im folgenden einige unterscheidende Merkmale z. B. beim Altersaufbau für die beiden Hauptgruppen I a und I b zu ergeben.

Die erwähnte Zahl der von auswärts Transferierten kann naturgemäß für die aus Baden stammenden auswärts erkrankten Landstreicher ein Maß nicht abgeben: solche Überführungen finden in der Regel nur statt, wenn die psychische Erkrankung einen chronischen Charakter annimmt, ein badischer Orts- oder Landarmenverband die Unterstützungspflicht anerkannt hat und die Verpflegungskosten sich in den Anstalten des eigenen Landes geringer als in der betreffenden auswärtigen Anstalt stellen.

Bezüglich der weiteren Sonderung der Summe I b ist noch zu bemerken, daß die wenigen Kranken, die früher sowohl außerhalb wie innerhalb Badens interniert waren, zu I b_2 geschlagen sind.

Von den 31,4% relativen Erstaufnahmen sind somit nur 12% vor unserem Beobachtungszeitraum in badischen Anstalten verpflegt worden, während 19,4% in auswärtigen Heilanstalten untergebracht waren. Dies Verhältnis erklärt sich zwanglos aus der unsteten Lebensweise der Landstreicher und zugleich dem relativ geringen Umfang unseres Territoriums.

Für manche medizinische Gesichtspunkte wird die Relation unserer internierten Vagabunden zu der Gesamtheit der in demselben Zeitraum (1. Januar 1904 bis 31. Dezember 1910) in badische Anstalten und Kliniken erstmals Aufgenommenen (absolute Erstaufnahmen) von Wert sein und die Herausstellung besonderer Merkmale erleichtern. Diese Statistik, die ich im folgenden kurz als „Landesirrenstatistik" anführe, bezieht sich auf 4285 über 16 Jahre alte Männer; die weiblichen Aufnahmen bleiben wegen der geringen Anzahl der vagabundierenden Frauen für den Vergleich außer Betracht.

Bei spezielleren psychiatrischen Fragen wird außerdem die



Parallele mit einer noch nicht publizierten Statistik [1]) über die Aufnahmen der Anstalt Illenau in den Jahren 1904 bis 1909 zweckmäßig sein. Dieses Vergleichsmaterial, das 1327 über 16 Jahre alte Männer betrifft, wird als „Illenauer Statistik" erwähnt werden.

Hinsichtlich der allgemeinen demographischen Beziehungen der Landstreicher haben wir wenigstens die Statistik der Bestrafungen wegen Bettels und Landstreicherei, die jährlich für Baden [2]) erhoben wird, für einen Vergleich zur Hand. Es handelt sich für unseren Beobachtungszeitraum (1904 bis 1910) um 27 714 Bestrafte. Um Doppel- und Mehrfachzählungen zu vermeiden, empfiehlt es sich, bei gewissen Fragestellungen von der Summierung der Jahreswerte abzusehen und dafür ein einzelnes Jahr, etwa das in der Mitte unserer Periode gelegene Jahr 1907 mit 3490 über 16 Jahre alten Bestraften, herauszugreifen.

Endlich ist zur Bewertung sowohl dieser Landstreicherstatistik wie der Landesirrenstatistik die Parallele mit der Gesamtheit der männlichen seßhaften Bevölkerung erforderlich, wobei wir auf die Berufszählung vom Jahre 1907 zurückgehen.

* * *

Wir behandeln zunächst in diesem Aufsatz die **allgemeinen demographischen Verhältnisse**, die Gliederung nach Geschlecht, Alter, Familienstand, Religionsbekenntnis und Beruf, während die speziell ärztlichen und sozialen einer späteren Darstellung vorbehalten bleiben.

1. Das Geschlecht.

Die Beteiligung des weiblichen Geschlechtes an unseren psychisch abnormen Landstreichern ist gering. Von den 497 Landstreicheraufnahmen (Summe I und II) entfallen nur 31, von den 465 Erstaufnahmen (Summe I) des Beobachtungszeitraums nur 30 auf weibliche Vagabunden; unter den 63 Wiederaufnahmen, die in die Anstaltspflege zurückkamen, findet sich nur eine einzige weibliche.

[1]) Vgl. *Roemer*, „Zur Methodik der psychiatrischen Ursachenforschung". Bericht über die 41. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte. Diese Zeitschrift Bd. 68, S. 875 f.

[2]) Vgl. die statistischen Mitteilungen und das statistische Jahrbuch für das Großherzogtum Baden.

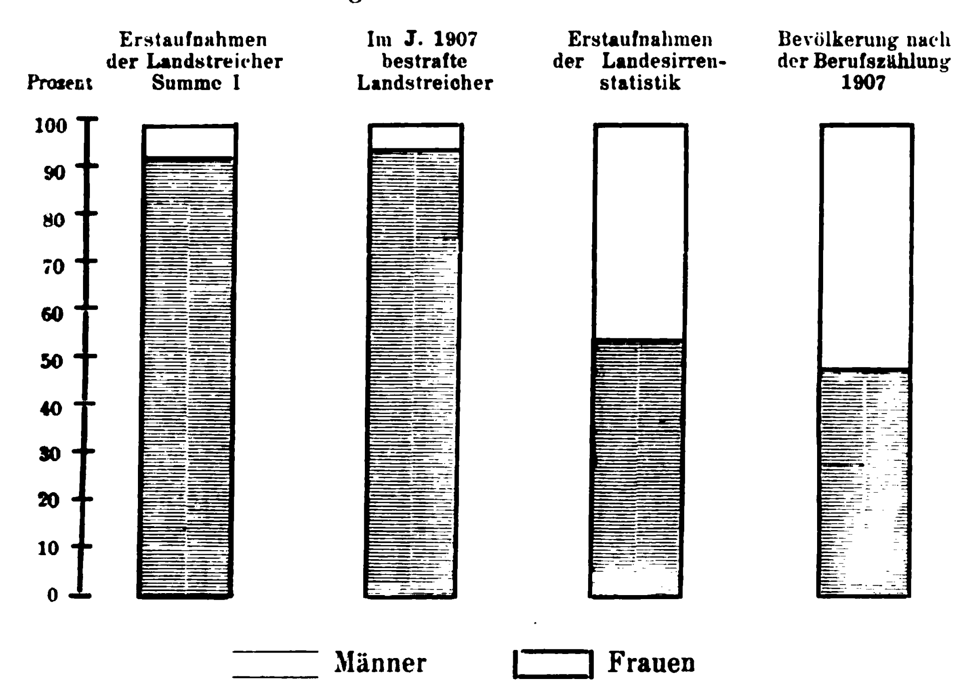


Dies Verhältnis hat seinen Grund offenbar in der Zusammensetzung des Landstreichertums überhaupt, wie folgender Tabelle 2 zu entnehmen ist.

Tabelle 2.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Auf 100 Personen[1]) kommen	Absolute Erstaufnahmen der Landstreicher vom 1. 1. 1904—31. 12. 1910 (Summe Ia)		Im Jahr 1907 bestrafte Landstreicher		Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik vom 1. 1. 1904—31. 12. 1910		Landesbevölkerung nach der Berufszählung 1907	
		%		%		%		%
Männer...	299	**93,7**	3334	**95,5**	4466	**55,3**	656 997	49,4
Frauen...	20	6,3	156	4,5	3614	44,7	672 536	**50,6**
Summe.	319	100,0	3490	100,0	8080	100,0	1 329 533	100,0

Diagramm zu Tabelle 2.



Demnach gelangten von der Gesamtbevölkerung während der Beobachtungsperiode zwar verhältnismäßig etwas weniger Frauen zum ersten Male in die Heilanstalten als der Erwartung entspräche.

[1]) Soweit nichts anderes bemerkt ist, handelt es sich in den Tabellen durchweg um über 16 Jahre alte Personen. — Die Maxima sind jeweils durch fetten Druck hervorgehoben.

Dagegen kamen im Vergleich zu den männlichen nur sehr wenige weibliche Landstreicher im Jahr 1907 zur Bestrafung und vergleichsweise nicht erheblich viel mehr in Anstaltspflege.

Die Frauenquote unserer Landstreicherinternierungen steht jedenfalls der weiblichen Anteilziffer für die Landstreicherbestrafungen ungleich näher als dem weiblichen Prozentsatz der Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik.

Die Summe I bietet analoge Verhältnisse in der Verteilung auf beide Geschlechter (93,5% Männer und 6,5% Frauen).

Die Beteiligung der Geschlechter an den Landstreicheraufnahmen spiegelt somit offenbar die Zusammensetzung des Landstreichertums überhaupt wieder.

Bei der kleinen Zahl unserer weiblichen Landstreicher werden den folgenden Berechnungen in der Regel nur die Männer zugrunde gelegt und die Verhältnisse der Frauen anhangweise erwähnt werden.

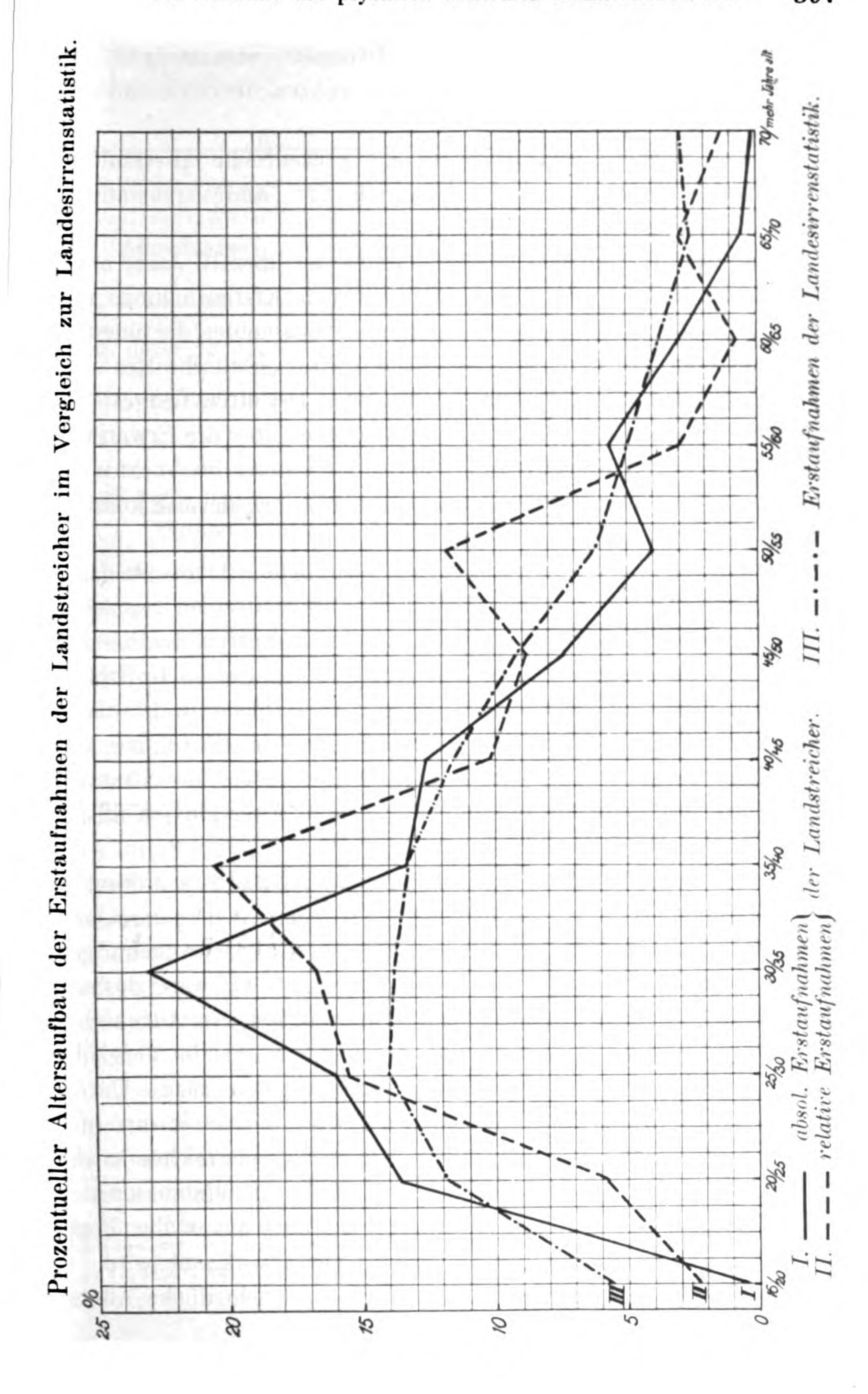
2. Das Alter.

Das Alter unserer Landstreicher (Summe I a) ergibt sich aus Spalte 2 und 3 der folgenden Tabelle 3.

Tabelle 3.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Altersklasse	Erstaufnahmen der Landstreicher (Summe Ia absolute Erstaufnahmen)		Sämtliche Erstaufnahmen der Landstreicher (Summe I)		Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik (Männer)		Männl., über 16 Jahre alte Bevölkerung nach der Berufszählung 1907	
		%		%		%		%
16 b. u. 20 J.	1	0,3	4	0,9	245	5,5	772 44	11,7
20 „ 25 „	41	13,7 } 29,8	49	11,3 } 27,2	528	11,8 } 25,8	90 661	13,8 } 27,3
25 „ 30 „	48	16,1 }	69	15,9 }	625	14,0 }	88 737	13,5 }
30 „ 40 „	109	36,5	160	36,8	1217	27,2	146 617	22,3
40 „ 50 „	60	20,1	86	19,7	931	20,9	102 847	15,7
50 „ 60 „	29	9,7	49	11,3	499	11,2	72 581	11,1
60 u. m. J.	11	3,6	18	4,1	421	9,4	78 310	11,9
Summe .	299	100,0	435	100,0	4466	100,0	656 997	100,0

Das 4. Dezennium ist mit 36,5% am stärksten, das 3. mit 29,8% am zweitstärksten besetzt. In einigem Abstand folgt das 5. Lebensjahrzehnt mit 20,1%.


Prozentueller Altersaufbau der Erstaufnahmen der Landstreicher im Vergleich zur Landesirrenstatistik.
%
25
20
15
10
5
0
I
II
III
16/20
20/25
25/30
30/35
35/40
40/45
45/50
50/55
55/60
60/65
65/70
70/mehr Jahre alt
I. —— absol. Erstaufnahmen
II. - - - relative Erstaufnahmen
der Landstreicher.
III. —·—·— Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik.

Der Altersaufbau sämtlicher Erstaufnahmen (Summe I) ist aus Spalte 4 und 5 ersichtlich und bietet im ganzen übereinstimmende Verhältnisse.

Aus der Kurve (vorige Seite) ist der prozentuelle Altersaufbau der Landstreicheraufnahmen im Vergleich zur Landesirrenstatistik nach Fünfjahrsklassen ersichtlich.

Beim Vergleich mit der Altersgliederung der über 16 Jahre alten männlichen Gesamtbevölkerung sowie mit den Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik fällt auf, daß bei unseren Vagabunden die jüngsten und die ältesten Jahresklassen zugunsten des Lebensabschnittes vom 25. bis 50. Jahre relativ spärlich vertreten sind. Der öfters festgestellte bezeichnende Überschuß der erstmals Internierten über die Erwartung in der Periode am 25. bis 50. Jahre erscheint bei unserer Beobachtungsmasse noch erheblich gesteigert und auf die 4. Lebensdekade konzentriert.

Die Einengung auf diese mittlere Lebensphase vom 25. bis 50. Jahr, die insgesamt 72,7% bzw. 72,4% umfaßt, hat offenbar einen doppelten Grund: einmal dürften die psychisch abnormen Landstreicher bei den ungünstigen Bedingungen ihrer Lebensweise die durchschnittliche Lebensdauer der Landesbevölkerung im allgemeinen wohl nicht erreichen; so erscheint es wenigstens erklärlich, daß sie selbst hinter der im Vergleich mit der Erwartung niedrigen Beteiligung der Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik an den höheren Altersklassen erheblich zurückbleiben.

Andererseits führen die psychischen Anomalien und Erkrankungen die Vagabunden erst über den Umweg des sozialen Niederganges und eines unsteten Wanderlebens, also erheblich später als die Angehörigen der seßhaften Bevölkerung, in die Heilanstalten. Es wäre deshalb unseres Erachtens verfehlt, wollte man von dem höheren Aufnahmealter auf ein höheres Erkrankungsalter der Landstreicher im Vergleich zu den übrigen Geisteskranken schließen. Vielmehr beweisen die Untersuchungen von *Bonhoeffer* und namentlich von *Wilmanns* mit hinreichender Sicherheit, daß den Aufnahmen der Landstreicher in der Regel ein Stadium des wirtschaftlichen Verfalls und einer asozialen und antisozialen Lebensführung vorhergeht, wobei die in der Regel bestehende Krankheit von der Umgebung meist verkannt wird.

Mit dieser Auffassung stimmt auch die unterschiedliche Alters-



besetzung der internierten und der 1907 in Baden bestraften Landstreicher überein.

Tabelle 4.

1	2	3	4	5
Altersklasse	Sämtliche Erstaufnahmen der Landstreicher (Summe I, 465 Männer u. Frauen)		Im Jahr 1907 bestrafte Landstreicher (3483 Männer und Frauen[1]))	
		%		%
16 bis unter 20 Jahre ...	5	1,0	409	11,7
20 ,, ,, 30 ,, ...	129	27,7	978	**28,1**
30 ,, ,, 40 ,, ...	168	**36,1**	666	19,1
40 ,, ,, 50 ,, ...	93	20,0	661	19,0
50 ,, ,, 60 ,, ...	50	10,9	502	14,4
60 und mehr ,, ...	20	4,3	267	7,7
Summe	465	100,0	3483	100,0

Während das Maximum der Internierten im 4. Dezennium liegt, findet sich das der Bestraften im dritten. Auf die Periode vom 16. bis 30. Lebensjahr entfallen von den Internierten 28,8%, von den Bestraften hingegen 39,8%.

Die weitere Analyse des Altersaufbaues erfordert die Berücksichtigung der besonderen Zusammensetzung unserer Beobachtungsmasse nach Krankheitsformen, von denen die Dementia praecox und die konstitutionellen Psychopathien numerisch stark ins Gewicht fallen und zugleich die Altersgliederung wesentlich beeinflussen. Dies soll in einem späteren Aufsatz bei der Besprechung der Krankheitsformen näher ausgeführt werden.

Die 63 Wiederaufnahmen (Summe II) weichen von der Altersbesetzung der Erstaufnahmen nicht erheblich ab: 50,0% gehören dem 4. Dezennium, 85,5% dem Lebensabschnitt zwischen 25 und 50 Jahren an.

Die Frauen unterscheiden sich bezüglich des Altersaufbaues nicht wesentlich von den Männern: in die Periode vom 25. bis 50. Lebensjahr fallen (Summe I) 70,1%, das Maximum liegt im 3. Dezennium mit 36,7%, ihm folgt das 4. Lebensjahrzehnt mit 26,7%, also eine Abweichung von der Lage des männlichen Maximums, die

[1]) Bei 7 Bestraften (6 Männern und 1 Frau) war das Alter unbekannt.



aber im Hinblick auf die geringe Zahl der Frauen (30) als unerheblich zu betrachten ist.

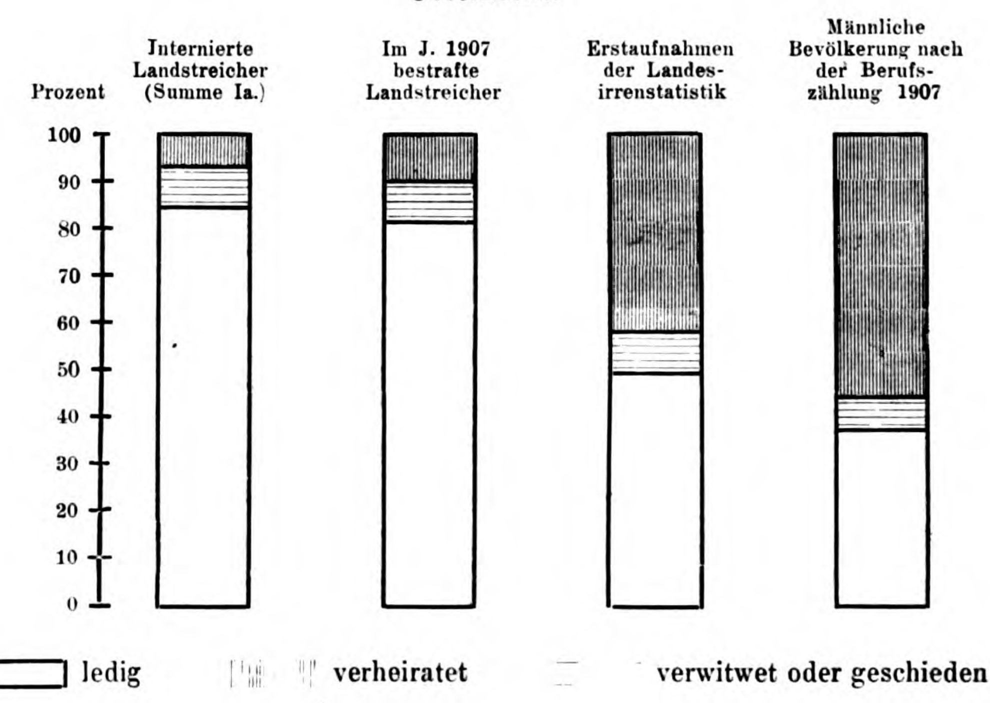
3. Der Familienstand.

Die Durchschnittswerte für den Familienstand der internierten Landstreicher im Vergleich mit den bestraften, der Landesirrenstatistik und der Gesamtbevölkerung sind aus folgender Aufstellung zu ersehen.

Tabelle 5.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Familienstand	Erstaufnahmen der Landstreicher (Summe I)		Im Jahre 1907 bestrafte Landstreicher (Männer)		Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik		Männliche Bevölkerung nach der Berufszählung 1907	
		%		%		%		%
ledig......	375	**86**,2	2841	**85**,2	2295	**51**,4	266 801	40,6
verheiratet	28	6,4	266	8,0	1864	41,8	355 135	**54**,1
verwitwet	18	4,2 } 7,4	187	5,6 } 6,8	265	5,9 } 6,8	} 35 061	5,3
geschieden	14	3,2	40	1,2	42	0,9		
Summe .	435	100,0	3334	100,0	4466	100,0	656 997	100,0

Geschlecht.



Vergleicht man in dieser Tabelle Spalte 3 und 5 einerseits und und 9 andererseits, so zeigen die internierten und die bestraften andstreicher im großen ganzen — und zwar bezüglich der absoluten ie der relativen Erstaufnahmen — übereinstimmende Familientandsverhältnisse; im Gegensatz zur Gliederung der männlichen iesamtbevölkerung über 16 Jahre und der Landesirrenstatistik übeŕiegen die ledigen Landstreicher die verheirateten in ganz erheblichem lusmaße. Diese Erscheinung läßt sich bei der unsteten Lebensweise ler Vagabunden, die der Gründung einer Familie keineswegs günstig st, leicht verstehen; andererseits wird auch das Familienleben wesentlich zur Seßhaftigkeit beitragen.

Bemerkenswerterweise übertrifft ferner die Mehrbeteiligung der Ledigen sowie der Verwitweten und Geschiedenen auf Kosten der Verheirateten bei den internierten Landstreichern noch deutlich die ähnliche Verteilung bei den bestraften. Die Unterschiede der Gliederung scheinen sich somit in derselben Richtung wie beim Vergleich zwischen Irrenstatistik und Gesamtbevölkerung zu bewegen.

Immerhin müssen diese Durchschnittswerte mit Vorsicht benutzt werden, denn sie können wegen der ausschlaggebenden Bedeutung des Altersaufbaues für die Gliederung nach dem Familienstand nur zur ersten Orientierung dienen. Ein zutreffendes Bild kann ausschließlich bei der gesonderten Aufführung nach Altersklassen gewonnen werden.

Die Altersklasse vom 16. bis 20. Jahre, die bei der Darstellung nicht berücksichtigt ist, umfaßt bei den internierten wie bei den bestraften Landstreichern ausschließlich Ledige. Auch im 3. Dezennium sind die Unterschiede des Familienstandes unerheblich. Im übrigen läßt sich jedoch ein Parallelismus der Reihen nicht verkennen: die Verheirateten sind unter den internierten Landstreichern durchweg relativ seltener als bei den bestraften, und ebenso unter den Aufnahmen der Irrenstatistik stets seltener als unter der Gesamtbevölkerung. Die Verheiratetenquote steigt bei den internierten Landstreichern langsamer und bis zum 5. Dezennium weniger hoch als bei den bestraften, übereinstimmend mit dem Verhältnis zwischen Landesirrenstatistik und Bevölkerung. Umgekehrt steigt die Verwitweten- und Geschiedenenziffer bei ihnen rascher und bis zum 50. Jahr höher als bei den bestraften Landstreichern, wiederum analog



Tabelle 6.

Unter 100 Männern der bezeichneten Art im Alter von	sind	ledig	verheiratet	verwitwet oder geschieden
20 bis unter 30 Jahre	Internierte Landstreicher	**96**,6	2,5	0,9
	Bestrafte Landstreicher	**96**,7	2,6	0,7
	Landesirrenstatistik	88,8	10,9	0,3
	Männliche Bevölkerung	**74**,1	25,5	0,4
30 bis unter 40 Jahre	Internierte Landstreicher	**90**,6	4,4	5,0
	Bestrafte Landstreicher	**87**,3	9,4	3,3
	Landesirrenstatistik	**50**,0	46,6	3,4
	Männliche Bevölkerung	21,0	**77**,5	1,5
40 bis unter 50 Jahre	Internierte Landstreicher	**72**,1	12,8	15,1
	Bestrafte Landstreicher	**78**,3	13,3	8,4
	Landesirrenstatistik	26,6	**67**,1	6,3
	Männliche Bevölkerung	11,9	**84**,7	3,4
50 bis unter 60 Jahre	Internierte Landstreicher	**77**,6	10,2	12,2
	Bestrafte Landstreicher	**69**,0	15,1	15,9
	Landesirrenstatistik	20,7	**65**,1	14,2
	Männliche Bevölkerung	9,5	**81**,4	9,1

Prozent | Internierte Landstreicher Summe I | Bestrafte Landstreicher 1907 | Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik | Bevölkerung n. der Berufszählung 1907

100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20, 10, 0

Altersklassen 20/30 30/40 40/50 50/60 | 20/30 30/40 40/50 50/60 | 20/30 30/40 40/50 50/60 | 20/30 30/40 40/50 50/60 Jahre

ledig — verheiratet — verwitwet oder geschieden

den Proportionen zwischen den übrigen Geisteskranken und der Einwohnerschaft. Dementsprechend fällt die Junggesellenquote mit zunehmendem Alter in allen Kategorien, und zwar in reziproken bzw. analogen Proportionen. Nur im 5. Dezennium ist sie für die



rnierten Landstreicher niedriger als für die bestraften infolge maximalen Beteiligung der anderen Familienstandsgruppen.

Die charakteristische Verschiebung des Familienstandes, wie sie Demographie bei den aufsteigenden Altersklassen nachweist, heint somit bei unseren internierten Landstreichern zum Nachteil Junggesellen sowie der Verwitweten und Geschiedenen alteriert. Besonderheit in der Familienstandsgliederung der Landstreicher genüber der seßhaften Bevölkerung ist somit bei den psychisch normen Vagabunden noch stärker betont — offenbar ein Hinweis rauf, daß die Familienstandsverhältnisse, sofern sie als Ursache d nicht als Folgeerscheinung zu betrachten sind, außer dem sozialen uin auch die psychische Erkrankung herbeiführen bzw. deren Auf-eten begünstigen.

Einen genaueren Einblick in die ätiologischen Beziehungen wischen Familienstand, sozialem Verfall und psychischer Abnormität ann bei der Kompliziertheit dieser Frage nur die Individualanalyse efern.

Unser Befund stimmt im wesentlichen mit den Beobachtungen on *Wilmanns* und *Bonhoeffer* überein. Ähnliche Verhältnisse hat *Hegar*[1]) bei 348 in Baden internierten geisteskranken Rechtbrechern efunden, die in manchen Beziehungen ein dem unseren verwandtes laterial darstellen.

Das Gros der internierten weiblichen Landstreicher (23 von 30) st ledig, 4 sind verheiratet, 2 verwitwet und 1 geschieden.

Bei den 62 männlichen Wiederaufnahmen handelt es sich bis auf verwitwete stets um ledige Vagabunden, bei der einen weiblichen m eine ledige Frau.

4. Das Religionsbekenntnis.

Nach der Tabelle 7 verteilen sich die Landstreicher ungefähr n denselben Proportionen wie die Gesamtheit der Erstaufnahmen desselben Zeitraumes auf die Religionsbekenntnisse. Doch möchten wir dieser Übereinstimmung eine allzu große Bedeutung deshalb nicht zumessen. da die Bekenntniszugehörigkeit sehr wesentlich von

[1]) Korreferat von Dr. *August Hegar* über die Unterbringung geisteskranker Rechtbrecher. Diese Zeitschr. Bd. 66 S. 109.

Tabelle 7.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Religions-bekenntnis	Landstreicher Summe Ia		Landstreicher Summe I		Landesirren-statistik		Männliche Bevölkerung im Jahre 1907 [1])	
		%		%		%		%
Katholische	170	56,9	242	55,6	2464	55,2	612 350	59,[illegible]
Evangelische...	124	41,4	180	41,4	1848	41,4	391 275	38,[illegible]
Israeliten .	5	1,7	11	2,5	110	2,5	13 170	1,[illegible]
Sonstige ..	—	—	2	0,5	44	0,9	4 554	0,[illegible]
Summe .	299	100,0	435	100,0	4466	100,0	1 021 349	100,0

der Gebürtigkeit abhängt und diese bei unseren Vagabunden, wie wir unten sehen werden, ein beträchtlich bunteres Bild als bei den Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik bietet. Dies ergibt sich auf folgender Aufstellung.

Von den in Baden geborenen Vagabunden waren 107 (67,3%) katholisch, 49 (30,8%) evangelisch, 3 (1,9%) israelitisch.

Es stammen aus:	Katholiken	Evangelische	Israeliten	Freireligiöse
Preußen	44	51	1	2
Bayern	25	8	—	—
Sachsen	1	13	—	—
Württemberg	22	30	3	—
Hessen	4	12	—	—
dem übrigen Deutschland	13	12	3	—
dem Ausland	26	5	1	—

Von besonderem Interesse ist schließlich noch die Quote der Israeliten, die uns zugleich über den Anteil dieser Rasse einen Anhaltspunkt liefert.

Wie Spalte 5 und 7 zeigen, ist die Morbiditätsziffer der Juden im allgemeinen merklich höher als die Erwartung; unter den psychisch abnormen Landstreichern (Summe Ia) ist diese stärkere Beteiligung zwar geringer, aber immer noch erkennbar.

[1]) In Spalte 8 und 9 handelt es sich um die gesamte männliche Bevölkerung, also nicht wie in den übrigen Spalten um über 16 Jahre alte Personen. — Das Religionsbekenntnis der bestraften Landstreicher wird nicht erhoben, so daß ein Vergleich in diesem Punkte nicht möglich ist.

Von den 11 israelitischen Vagabunden gehören bemerkenswerterweise 6 der Berufsabteilung Handel und Verkehr an, je 2 der Industrie und der Gruppe der Gelegenheitsarbeiter und einer der Landwirtschaft. Diese stärkere Vertretung der Israeliten beim Handel entspricht dem Befund bei der Landesirrenstatistik.

Die Frauen bieten im ganzen analoge Verhältnisse.

5. Der Beruf.

Von einem Beruf kann man bei dem Gros unserer Landstreicher im eigentlichen Sinne natürlich nicht reden. Die Berufsangaben beziehen sich, wie oben erwähnt, vielmehr im wesentlichen auf den früher erlernten Beruf, in welchem die Erkrankten vor ihrem sozialen Schiffbruch tätig waren. Nur bei dem quantitativ geringfügigen, qualitativ aber am höchsten stehenden Teil des fahrenden Volkes, bei den reisenden Handwerksburschen, für die das Wandern immer noch — wenn auch in geringerem Umfange wie früher — zum altüberkommenen Brauch gehört, handelt es sich um eine wirkliche Berufszugehörigkeit, welche die Gesellen vorübergehend auf die Walze führt. Leider ist es an Hand der Angaben unserer Zählkarten nicht möglich, diese sozial höherwertige Schicht von der großen Menge der Berufslandstreicher zu trennen, zumal Angaben über die Kriminalität nicht verzeichnet sind.

Unsere Darstellung auf Tabelle 8 gibt die prozentuelle Verteilung der internierten und der bestraften Landstreicher, der Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik und der männlichen Bevölkerung nach der Berufszählung von 1907 auf die Hauptberufsabteilungen wieder.

Zur leichteren Übersicht über die Berufsgliederung sind die — beim männlichen Geschlecht überhaupt spärlichen — im Hause der Herrschaft lebenden Dienstboten (G-Personen) zur Abteilung D „häusliche Dienste und Taglohnarbeit wechselnder Art“ geschlagen und ist außerdem die relativ kleine Zahl der Angehörigen (H-Personen), d. h. der Rest der Haushaltungsangehörigen, die überhaupt nicht oder nur nebenberuflich erwerbstätig sind, bei der Berechnung ausgeschieden worden. Es sind dies: 1 internierter Landstreicher, 55 Aufnahmen der Landesirrenstatistik und 7514 Männer der seßhaften Bevölkerung.

Die Berufslosen (F-Personen), d. h. in unserem Falle



Tabelle 8.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Berufsabteilung	Internierte Landstreicher (Summe I)		Im Jahre 1907 bestrafte Landstreicher		Erstaufnahmen der Landesirrenstatistik		Männliche Bevölkerung nach der Berufszählung 1907	
		%		%		%		%
A. Landwirtschaft.......	43	9,9	314	9,4	870	20,6	196 987	30,3
B. Industrie	238	54,9	2251	67,5	1969	46,5	284 962	43,9
C. Handel und Verkehr..	61	14,1	237	7,1	725	17,1	78 591	12,1
D. Häusliche Dienste: Lohnarbeit wechselnder Art	66	15,3	423	12,7	104	2,5	2 415	0,4
E. Freie Berufe.........	16	3,7	41	1,2	357	8,4	46 810	7,2
F. Ohne Beruf u. Berufsangabe	9	2,1	68	2,1	205	4,9	39 728	6,1
Zusammen....	433	100,0	3334	100,0	4230	100,0	649 493	100,0

die erklärten professionellen Landstreicher, erscheinen in verschwindend geringer Anzahl (2,1%), entsprechend der bekannten Neigung der Vagabunden, eine bestimmte Berufszugehörigkeit anzugeben.

Im einzelnen steht die Industrie mit 54,9% an erster Stelle, in weitem Abstand folgen die Gelegenheitsarbeiter mit 15,3%, dann Handel und Verkehr mit 14,1%, schließlich Landwirtschaft mit 9,9% und zuletzt die freien Berufe mit 3,7%. Diese Berufsgliederung der internierten Landstreicher ist derjenigen der bestraften recht ähnlich. Es gilt für die Stärke der Besetzung dieselbe Reihenfolge der Berufsabteilungen, nur haben Landwirtschaft und Handel ihre Plätze vertauscht: jene steht hier an dritter, dieser an vierter Stelle.

Beim Vergleich mit der seßhaften Bevölkerung und den Aufnahmen der Landesirrenstatistik übertreffen die internierten wie die bestraften Landstreicher mit ihrer Quote für die Gelegenheitsarbeiter die Erwartung weitaus am stärksten. Dieses Verhältnis ist überaus bezeichnend: derartige Taglohnarbeit kann von jedem, der bei der Erlernung einer komplizierteren Beschäftigung infolge seiner mangelhaften Veranlagung gescheitert ist, immer noch verrichtet werden. Dabei stellt der gefundene Prozentsatz zweifellos noch einen Minimalwert vor, da zahlreiche Landstreicher den früher erlernten Beruf angeben, während sie schon geraume Zeit vor der

aufnahme ihr Wanderleben mit Bettelei und notgedrungen auch mit Gelegenheitsarbeit gefristet haben.

Ebenso erklärlich ist bei diesem Vergleich die gegenteils geringe Landstreicherquote für die Abteilung der freien Berufe. Andererseits erscheint die Quote der internierten Landstreicher im Vergleich zu derjenigen der bestraften relativ hoch. Diese Berufsabteilung setzt sich bei unseren Vagabunden aus zwei charakteristischen, unter sich sehr verschiedenartigen Hälften zusammen: einmal sind hier die eigentlichen Deklassierten zu finden, die einst bessere Zeiten gesehen haben und auf der sozialen Stufenleiter am tiefsten herabgestiegen sind.

Bei der Summe I sind dies: 1 Krankenwärter, 1 Anstaltsdiener, 1 Schreiber, 1 Aktuar, 1 Primarlehrer, 2 Schriftsteller.

Der soziale Niedergang ist bei dieser Gruppe in der Regel die Folge der Psychose bzw. der psychopathischen Persönlichkeit, die häufig genug bis zur völligen Hilfsbedürftigkeit führt.

Neben dieser erworbenen sozialen Degradation steht ein meist von Anfang an sehr bescheiden lozierter Teil des fahrenden Volkes, der seinem Gewerbe der Schaustellung auf Jahrmärkten umherziehend nachgeht und es sich verhältnismäßig sauer werden läßt, sein Brot redlich zu verdienen.

Hier sind zu nennen: 1 Seiltänzer, 1 Zahnathlet, 1 Kunstreiter, 1 Zirkusreiter, 1 Pferdedresseur, 1 Musiker, 2 Schauspieler.

Mag bei diesen Leuten häufig auch eine Minderwertigkeit der Anlage mit im Spiele sein, so sind sie doch im allgemeinen in der Lage, ihrem artistischen Berufe nachzugehen, und kommen erst in Behandlung, wenn sie durch eine Erkrankung in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt werden.

Das Gros der internierten wie der bestraften Landstreicher (etwa 80%) verteilt sich, wie das der seßhaften Bevölkerung auf die drei großen Berufsabteilungen Landwirtschaft, Industrie und Handel und Verkehr.

Die Beteiligung der Landstreicher an der Landwirtschaft ist auffallend geringer, an Handel und Verkehr deutlich geringer, dagegen an der Industrie beträchtlich stärker als nach der Berufszugehörigkeit der Bevölkerung zu erwarten wäre.

Mögen auch die diesbezüglichen Angaben der bestraften Landstreicher weniger leicht kontrollierbar sein als die der internierten,



so übertrifft doch die Quote der letzteren für die Industrie immer noch erheblich die analoge der Irrenstatistik.

Wie in einem späteren Aufsatz genauer auszuführen sein wird, stammt nur ein relativ kleiner Bruchteil unserer psychisch abnormen Landstreicher aus der Groß- oder mittleren Stadt. Die große Masse ist auf dem Lande geboren. Wir haben es also bei den der Industrie zugerechneten internierten Landstreichern im wesentlichen mit Leuten zu tun, welche die Wanderung vom Land in die Stadt mitgemacht haben, sich aber — anscheinend infolge ihrer minderwertigen Anlage — dem neuen Milieu nicht anpassen und das erhoffte Fortkommen nicht finden konnten.

Offenbar bringt die landwirtschaftliche Beschäftigung mit ihren einfacheren Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit viel weniger die Gefahr der Arbeitslosigkeit und des sozialen Verfalls mit sich, als das Erwerbsleben in Industrie, Handel und Verkehr, bei dem der scharfe Wettbewerb des Arbeitsmarktes die Anspannung aller Kräfte erfordert. Wie Spalte 7 und 9 für die leichter und genauer kontrollierbare seßhafte Bevölkerung zeigt, unterliegen die Verhältnisse der psychischen Morbidität in dieser Beziehung gleichgerichteten Beeinflussungen wie die soziale Prognose. Zu der Verschiedenheit der Anforderungen kommt dann hier noch die mit der Ansammlung in den Städten verbundene Häufung exogener Schädlichkeiten und ganz allgemein die Überschüttung mit psychophysischen Reizen.

Bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Berufsarten sei folgendes bemerkt:

Bei der Berufsabteilung der Landwirtschaft ist nur Landwirtschaft in engerem Sinn mit Gärtnerei und Tierzucht vertreten. Von größeren Gruppen seien erwähnt: 16 landwirtschaftliche Dienstknechte, 10 landwirtschaftliche Taglöhner, 8 Gärtner und 6 Melker.

Innerhalb der Industrie führen wir die am stärksten vertretenen Berufsarten nach der Häufigkeit ihres Vorkommens auf.

Es fanden sich: 19 Schneider, 18 Schreiner, 17 Schuhmacher, 16 Schlosser, 15 Bäcker, 13 Erdarbeiter, 8 Bierbrauer, 7 Metzger, 7 Monteure, 6 Tapezierer, 6 Schmiede, 6 Maler, 6 Tüncher, 6 Zigarrenmacher, 6 im polygraphischen Gewerbe Beschäftigte, 5 Textilarbeiter, 5 Maurer, 5 Blechner und 5 Korbmacher.



In der Berufsabteilung für Handel und Gewerbe sind ɜrvorzuheben: 17 Kaufleute, 12 Kellner, 7 Hausierer, 3 Portiers, 3 Maosen.

Der Rest der übrigen nicht aufgeführten Kranken zersplittert sich ıf eine Reihe nur von einem oder zwei Patienten angegebener Berufsrten, deren gesonderte Aufzählung zu weit führen würde.

Die 30 weiblichen Landstreicher verteilen sich folgenderıaßen auf die Berufsabteilungen:

Zur Landwirtschaft gehören	keine	Kranke
Zur Industrie gehören	6	,,
Zu Handel und Verkehr gehören	2	,,
Zu Lohnarbeit wechselnder Art gehören	13	,,
Zu den freien Berufen gehören	1	,,
Zu der Abteilung ohne Beruf oder Berufsangabe gehören	8	,,

Von den 6 zur Industrie gehörigen waren 3 in der Textilindustrie, die übrigen 3 in sonstigen Betrieben beschäftigt; die 2 bei Handel und Verkehr angegebenen waren Kellnerinnen; die 13 bei der Taglohnarbeit erwähnten größtenteils (10) Dienstmägde. Bei den freien Berufen ist 1 Artistin angeführt, und in der letzten Abteilung erscheinen 2 Dirnen und 1 Zigeunerin, bei 5 ist der Beruf angeblich unbekannt.



Ein Beitrag zur Psychopathologie des Familienmords durch Geisteskranke.

Von Anstaltsarzt Dr. **Walther Haßmann**-Illenau.

In seiner Monographie „Über Familienmord durch Geisteskranke" erwähnt *Naecke*, daß die Literatur zu diesem Thema meist sehr mangelhaft und äußerst zerstreut sei, und es mag daher gerechtfertigt erscheinen, einen Fall dieser Art der Öffentlichkeit zu übergeben, zumal er ätiologisch, klinisch und vom Standpunkte der gerichtlichen Psychopathologie aus manches Interesse bietet.

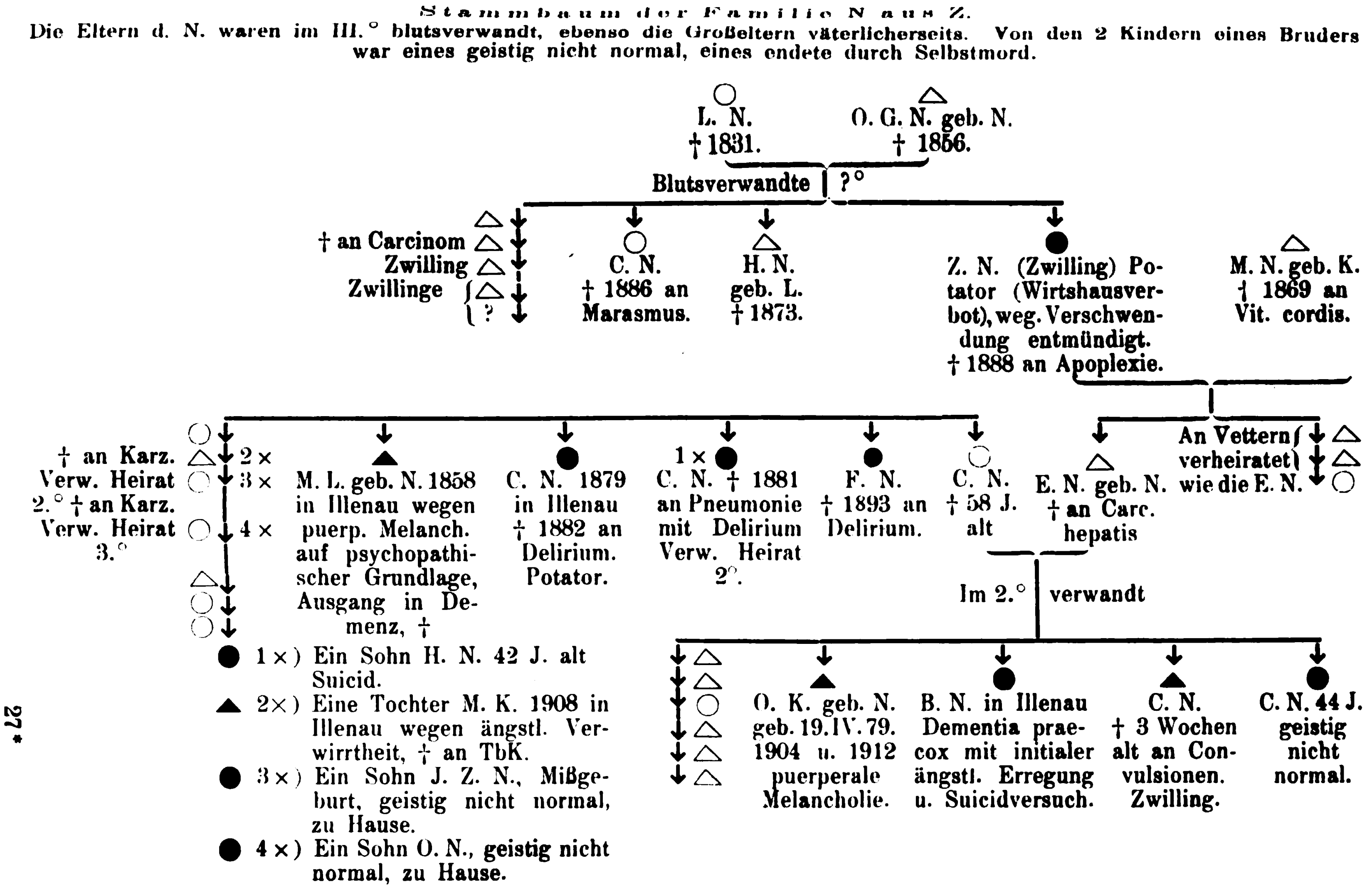
Zunächst will ich die wesentlichsten Punkte der Krankengeschichte anführen:

O. K., geb. N., Bauersfrau aus Z., geb. 19. IV. 1879, seit 1903 verheiratet, wurde am 23. XI. 1912 2^h pm. in Illenau aufgenommen. Erbliche Belastung und Blutsverwandtschaft der Eltern [1]. Normale körperliche und geistige Entwicklung. War gute Schülerin. 1. Menses mit etwa 15/16 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. Vier normale Geburten vor 8, 5, 3 Jahren und 6 Wochen. Nach dem ersten Wochenbett Typhus mit melancholischer Verstimmung. Lag daheim ¼ Jahr zu Bett, konnte nicht gut schlafen, hatte an nichts mehr Freude, äußerte Lebensüberdruß, konnte nichts arbeiten. Häusliche Pflege. Auf einmal sei die Freude wieder gekommen, und sie habe wieder gern gelebt. Die folgenden zwei Wochenbetten waren normal. Am 9. X. 1912 letzte Geburt. Spontaner Verlauf. Der Hebamme fiel p.p. die ungewöhnliche Größe des Leibes auf. Sie vermutete, es sei noch ein Kind in utero und rief deshalb einen Arzt, der durch innerliche Untersuchung nur die Anwesenheit „einer Geschwulst" feststellte. Am dritten Tag Fieber, das 14 Tage anhielt, nicht über 39° C stieg. Während dieser Zeit noch nicht ängstlich. Nach dem Fieber Nachtschweiße. Etwa seit 6 Tagen (17. XI.) verminderter Schlaf. Pat. saß nachts im Bett, klagte, es sei ihr so „bang ums Herz" Wurde menschenscheu: Wenn sie die Treppe vor dem Hause kehrte und jemanden sah, ging sie rasch wieder in die Stube. In der Nacht vom 20./21. plötzlicher Anfall von Atemnot, sagte zu ihrer Schwester, welche bei ihr

[1] Siehe Stammbaum S. 411.

Stammbaum der Familie N aus Z.

Die Eltern d. N. waren im III.° blutsverwandt, ebenso die Großeltern väterlicherseits. Von den 2 Kindern eines Bruders war eines geistig nicht normal, eines endete durch Selbstmord.



schlief, sie müsse ersticken, sie spüre das Hämmern des Herzens bis in die Hände. Zu ihrer Umgebung äußerte sie, sie habe so große Angst, sie müsse sich ums Leben bringen. Daraufhin bewachte der Mann mit einer Schwägerin und einer Krankenpflegerin seine Frau sorgfältig Tag und Nacht. Trotzdem bat diese wiederholt ihre Angehörigen und die Krankenpflegerin, man solle sie doch nach Illenau bringen. Sie habe einen heftigen innerlichen Drang, „etwas anzustellen". „Die armen Kinder! Wenn ich diesen etwas zu leid tun müßte!" Wenn sie in Illenau sei, werde es ihr besser, weil sie dort den Kindern nichts machen könne. Der Mann glaubte ihren Befürchtungen nicht, hielt sie nicht für krank, meinte, es werde daheim wieder besser wie nach dem ersten Wochenbett und bewachte nur wie bisher seine Frau weiter.

Am Morgen des 23. XI. ½6 Uhr ging die Pflegerin, welche in der Nacht gewacht hatte, fort. Pat. stand dann auf, sagte, sie könne doch nicht schlafen, habe in der Nacht nur 1 Stunde geschlafen. Jammerte oft in der Nacht und am Tage vorher, ihre Leute sollten ihr doch helfen, daß sie nichts „anstelle". Um 8 Uhr war Pat. mit ihrer Schwester allein. Diese legte das Kind trocken und ging dann ganz kurze Zeit, nicht einmal 1 Minute nach Angabe des Mannes, hinaus, um die Windeln aufzuhängen. In dieser kurzen Zeit schnitt die Kranke ihrem 6 Wochen alten Kinde mit einem Brotmesser den Hals ab, so daß der Kopf nur noch an einer dünnen Hautbrücke im Nacken hing. Dem ebenfalls in der Stube anwesenden zweitjüngsten Mädchen, das auf dem Boden in der Nähe des Bettchens saß, tat sie nichts, ging vielmehr der Schwester entgegen und sagte ihr unter der Türe: „Jetzt habe ich es gemacht". Sie hatte noch Angst, weinte aber nicht, sagte, sie habe noch keine Ruhe, man solle ihr die anderen Kinder doch fort tun, damit sie diesen nicht auch noch etwas tue. Jetzt erst wurden die drei übrigen Kinder bei Nachbarsleuten untergebracht und ein Arzt geholt, der die sofortige Verbringung nach Illenau anordnete.

Die Kranke sitzt bei der Aufnahme mit ängstlich gespanntem, Entsetzen widerspiegelndem Gesichtsausdruck ruhig da. Auf der Stirn tiefe Längs- und Querfalten. Die Augen stehen hervor, sind aufgerissen, rollen oft unruhig hin und her. Die Pupillen sind mittelweit, gleich, reagieren primär und konsensuell bei Lichteinfall; Puls 108, regelmäßig. Grobschlägiger Fingertremor. Pat. ist persönlich und örtlich orientiert, weiß das Geburtsdatum des gemordeten Kindes. Die zeitliche Orientierung ist ungenau; meint, es sei das Jahr 1911, Oktober, Freitag, „so der 17. herum" (Samstag, 23. November 1912). Über die Tat gibt sie genauen Bescheid, sagt, es sei eben ein unwiderstehlicher Drang gewesen. Da im Herzen habe es sie gedrückt. Auf Befehl einer Stimme habe sie nicht gehandelt. A. B., ob sie Erscheinungen gehabt habe, sagt sie zuerst: „ja, in letzter Zeit". Aufgefordert, diese zu beschreiben erwidert sie: „Ich weiß es nicht mehr; nein, ich habe nichts gesehen".

Stimmen habe sie auch nicht gehört. „Ich bin halt so unruhig gewesen, da habe ich es als nicht mehr gewußt.“ Sie habe auch jetzt noch Angst. Sie habe sich immer ums Leben bringen wollen, aber „vor Angst“ es nicht fertig gebracht. Ein andermal: „Sie haben ja auf mich achtgegeben, daß ich es nicht fertig brachte.“ Schon in der Woche vorher habe sie einen Drang, ihre Kinder umzubringen, in sich verspürt, aber nichts davon zu Hause gesagt.

24. XI. War mit 0,5 Veronal ruhig. A. B., ob sie geschlafen, sagt sie „Nein. Nur die Augen haben geschlafen, das Herz nicht. Die Leute sagen, ich sei nicht krank“ (Stimmen?). Nach Stimmen gefragt, erwidert sie, sie wisse „als“ nicht, was sie rede. Sagte gestern und heute wiederholt zur Wärterin, daß die Leute dies von ihr sagten, will aber beim Arzt nichts mehr davon wissen. Gestern abend erzählte sie der Wärterin die Tat, ihre häuslichen Verhältnisse, verlor aber oft den Faden mitten im Gespräch, sagte dann: „jetzt weiß ich gar nicht mehr, wo ich gehalten habe“. Auch dem Arzt erzählt sie, daß sie oft auf einmal nichts mehr wisse. „Ich kann als nicht gut denken. Wenn ich etwas gesagt habe, weiß ich nicht, ob es wahr gewesen ist oder nicht.“ Ist persönlich und örtlich orientiert. Zeitlich wieder nicht; Tag? Samstag (Sonntag).

Datum? 1911.
Monat? Oktober.

Wann war die Geburt? „Am 10. Oktober.“
Heutiges Datum? „17. Oktober.“
Wie alt ist also das Kind? „6 Wochen.“
Wieviele Tage sind es vom 10. bis 17. X.? „7 Tage.“

Gestern abend gab die Wärterin der Pat. ein Blatt des Abreißkalenders mit dem gestrigen Datum, da sie nicht darüber orientiert war. Jetzt befragt, was auf diesem Zettel stand, erwidert sie richtig: „Der 23. November, dann haben wir heute den 24.“ Weiß heute nicht mehr, daß sie gestern einmal gesagt habe, Erscheinungen gesehen zu haben.

Über ihren Zustand vor und bei der Tat erzählt sie: In den ersten Wochen nach der Geburt habe sie das Kindchen auch gern gehabt wie die anderen Kinder. Sie habe es einige Zeit an der r. Brust gestillt; links sei es nicht gegangen; weiß aber nicht, wie lange sie gestillt hat. In letzter Zeit sei es ihr „als“ in den Kopf und ins Herz gekommen: „Wenn ich es nur weg hätte.“ Dann habe sie gedacht: „wenn ich nur ein Seil hätte, daß ich weg wäre.“ „Ich hab es halt einfach tun müssen. Ich hab halt gedacht, wenn ich das tue, dann machen sie mir den Kopf auch herunter; dann bin ich weg.“

Über den jetzigen Zustand sagt sie: „Im Herzen drinnen da „rudere“ es fortwährend, und sie habe immer noch den Trieb in sich, etwas anzustellen. Letzteres mache ihr besonders Angst. Man solle sie doch ja nicht heimlassen, sonst passiere noch einmal etwas. A. B., ob ihr das Leben verleidet sei, sagt sie: ja; sie wisse selbst nicht warum. Macht heute einen



weniger finsteren Eindruck als gestern. Die Stirnfalten sind nicht so tief. Sie ist aber noch sehr ängstlich, gehemmt, spricht langsam, zeigt über die Tat keine Reue, steht ihr vielmehr ganz neutral gegenüber, ist nur ganz von ihrer Angst vor dem unheimlichen Mordtriebe in ihr beherrscht.

Blasse Frau, Puls ruhiger, 87, regelmäßig, kräftig. Pupillen beiderseits über mittelweit. R. bei Lichteinfall (elektr. Birne bei etwa 20 cm Distanz) beim erstmaligen Aufblitzen des Lichts nur geringe Miosis, nicht unter Mittelweite, beim zweiten Aufblitzen stärkere Reaktion und so bei jedem folgenden Aufblitzen stärkere und raschere Verengerung. (Veronal?!). Am linken Auge von vornherein prompte Reaktion. In der r. Iris 3 strahlige rostfarbige Pigmentflecke. Ohrläppchen beiderseits nur angedeutet. Am r. Ohr ist der obere Muschelrand stark eingerollt.

Sämtliche Sehnenreflexe sind gesteigert. Rechts lebhafter Patellarklonus, schwächerer Fußklonus. L Patellarklonus nur angedeutet, Fußklonus fehlt.

Brüste schlaff. L eingezogene Warze. Wässerige Milch spritzt bei Druck rechts noch im Strahl heraus.

Leib schlaff. Handbreite Rektidiastase. Alte und frische Striae der Bauchhaut. Noch reichliche weiße Lochien. Vaginal bei leerer Blase: Portio hoch oben im hinteren Scheidengewölbe zu fühlen. Seitlich narbige Einrisse, r. $<$ l. Uterus anteflektiert, -vertiert und dextroponiert, beweglich, gänseeigroß. Fundus bis dreifingerbreit oberhalb der Symphyse zu fühlen. Kein Tumor nachweisbar. Kein Albumen. Kein Fieber.

In der Folge stets gleich ängstlich gespannt, homizider und suizider Drang, hochgradige Denkhemmung und psychomotorische Hemmung, die von der Kranken besonders schmerzhaft empfunden wird, daneben die Präkordialangst, Agrypnie trotz Hypnotika. Sie beschreibt ihren Zustand wie folgt (27. XI.): „Im Innern (deutet auf die Brust in der Sternalgegend) rudert es so. Wenn ich schlafe und wenn ich aufwache, dann ist es mir halt so bang und angst. Es ist mir, als ob ich mich ums Leben bringen sollte. Aber ich bringe es nicht fertig. Ich bring nichts fertig, nicht einmal die Kleider angezogen, bring ich. Und dann ist mir das Leben verleidet. Das soll man nicht, das weiß ich. Aber es ist so mir immer am Herzen. Ich lebe nicht mehr gern, und da weiß ich nicht, was ich weiter soll denken und sagen.

Wegen des Kindes ist es mir nicht arg. Es ist mir nur arg, daß ich nicht mehr mächtig über mich bin. Es wird nicht mehr anders.... Sie sagen, ich könne schlafen, aber ich kann doch nicht schlafen. — Meine Kinder habe ich so gern gehabt, aber auf einmal ist es so gekommen.... In einem Teil Sachen bin ich nicht dumm, aber was mich so treibt, daß mir das Leben verleidet ist, weiß ich nicht.... Ich weiß, daß man kein Kind umbringen darf, aber ich habe müssen. Wenn ich jetzt wieder herauskäme, müßte ich wieder so etwas tun. Es



st mir ein nagender Wurm am Herzen. Die Leute einen, daß ich gern so etwas mache, aber ich kann nichts dafür." Hörte ie und da ihren Namen rufen (Halluzinationen). Bleibt den ganzen ag im Bett, ißt nicht und spricht nicht von selbst, weint nicht, ist stark bstipiert. Man sieht ihr an, daß sie ganz in dem Banne ihrer ängstlichen, chmerzlichen Empfindungen steht, ist gewissermaßen in ihrer Angst rstarrt.

4. XII. „Es geht mir nicht gut. Ich kann nicht weit denken. Wenn ch wieder daheim wäre, würde ich wieder nicht fertig werden." Sie könne nicht sagen, ob sie noch den Drang habe, etwas anzustellen. Sie glaube es nicht. Sie lebe nicht gern. „Das Herz rudert und rudert und rudert! Ich bin so müd und so matt. Das Essen ist mir verleidet. Ich hab gar keinen Hunger. Ich hab keine Freude mit nichts. — Ich tät gern heulen, aber ich kann nicht. Ich habe ein großes Verbrechen am Herzen. Es ist mir grad gewesen, als ob ich ein Stück Holz tät zerbrechen. Jetzt tät ich es ja nicht mehr von Herzen! (weint). Von Herzen kann ich nichts dafür. Unser Herrgott wird mir auch gnädig sein. Ich möchte manchmal beten, aber ich kann es nicht."

In den folgenden Tagen wird die Kranke unruhiger, geht öfters außer Bett, weint und jammert laut, klagt, wenn sie nur nicht geboren wäre. Spricht zuweilen in ängstlicher Hast iterativ. Muß öfter beruhigende Morf. Scop. Inj. erhalten. Weiß meistens nach wenigen Minuten nicht mehr, was sie getan oder gesprochen, merkt auf Fragen oft gar nicht auf, redet in den Antworten vorbei. Leidet am meisten unter der psychischen Hemmung, der Angst und dem Zwang.

13. XII. „Daß man auch so werden kann, daß man nicht mehr Herr über sich selbst ist.... Ich hätt' dem Kindlein ja nichts gemacht, wenn ich klar beim Verstand gewesen wäre. Es hat mich halt getrieben."

In den folgenden Tagen tritt eine eigentümliche Veränderung der Sprache bei der Pat. ein. Dieselbe spricht sehr langsam, sakkadiert, macht Inversionen (kindliche Ausdrucksweise), bleibt an Worten hängen, grimassiert während des Sprechens wie auch, wenn sie still für sich ist, macht z. B. wackelnde Bewegungen mit dem Kopf, zwinkert mit den Augen, zieht die Brauen in die Höhe, verzerrt den Mund.

Z. B. 16. I. 1913. Mein Kopf — im Kopf — ich — nicht — mehr — denken — kann. Ich — nicht — mehr — weiß. — Ich — gern — Kirch — gehen. Ich — armer — sündiger — Mensch — bin. Ich — bin — halt — so — geworden." (Lacht auf einmal laut. Warum lachen Sie?) „Ich — weiß — nicht. Ich — muß — halt — lachen. Weil — Sie — schöne — Kleider — anhaben, — deshalb. — Ich — bin — ein — Christ — und katholisch. Aber ich, — wenn — ich — hier — lieg — einfach — nicht — schlafen — kann — schlafen — kann. Da — kommt — es — an — mich — Ich — einfach — nicht — schlafen — kann. Ich — weiß, — wo — ich — daheim — bin, — aber — ich — find' — den — Weg — nicht — mehr. —



Ich — auch — ein — Christ — bin. — Ich — niemand — nichts — gemacht — hab. Ich — nit — weiß — wie's — ist, — nicht — weiß — wies — ist, — daß — ich — so — geworden — bin. — Ich — nicht — krank — bin — ich nicht — krank — bin. — Ich — auf — einmal — nichts — mehr — weiß!" Stets orientiert außer über Datum der Aufnahme, das jeweilige Datum, Monat und Jahr.

24. I. Klagt nicht mehr über Präkordialangst, auch habe sie keinen Drang mehr, etwas anzustellen, will beichten, versucht es oft tagelang, den Beichtspiegel und die Beichtgebete laut vor sich hersagend, bringt aber nichts zusammen. Immer noch sehr ängstlich und gehemmt. Schläft besser mit Schlafmitteln. Ißt sehr wenig.

1. II. Hat seit 1. XII. 1912 7,5 kg abgenommen.

7. II. Steht dem Mord nicht mehr gleichgültig gegenüber. „Ich — denke — als — auch — vielmals, wenn — ich — nur — mein — kleines — Geschöpf — nicht — ums — Leben — gebracht — hätte. Aber — im — Kopf — hat — es — mich — übernommen. — Mein — kleines — liebes — Kindele — ich — auch — wieder — gern — hätte — ich — nicht — mehr gewußt — hab — was — ich — mach. — Ich — daheim — schon — nicht — mehr — recht — im Kopf — war. — Ich — hab — Tag — und — Nacht — kein — Aug — voll — schlafen — können. — Da — hat — es — mich — getrieben — dazu. — Ich — nicht — gewußt — hab, — was ich — mach. Ich — es — jetzt — nicht — mehr — tu. Ich — jetzt — schon — ein — bissel — leichter — im — Kopf.

Spricht beim Besuch des Mannes lebhaft und voll Interesse, frägt nach den Kindern, der Arbeit usw.

2. III. Seit letztem Besuch des Mannes am 26. II. Verschlimmerung, ist unruhiger, jammert viel und ist ganz von Angst befangen und durch sie abgelenkt, schwer fixierbar, im Vorstellungsablauf gehemmt, der Gedankenkreis vollständig eingeengt auf ihre ängstlichen und depressiven Vorstellungen. Klagt besonders über die Denkhemmung. Ißt sehr wenig. Ständig im Bett. Zyanotische, kalte Extremitäten; kleiner, schwacher Puls. Schläft trotz Schlafmitteln schlecht.

15. III. Jammert monoton, den ganzen Tag im Bett vergraben liegend. A. B. nach dem Grund gibt sie nur langsam stoßweise unter schluchzenden Bewegungen, an jedem Wort klebend und es oft wiederholend zur Antwort: „Ich — ich — ich — ich — ich — mein — mein — kleins — Geschöpfle — mein — kleins — Geschöpfle — mein — kleins — Geschöpfle — Geschöpfle — umgebracht."

Ganz abulisch, von Angst und dem Bewußtsein des Mords beherrscht.

19. III. Hatte gestern Besuch von Mann, Kindern und Schwestern. Äußerte Freude darüber: „Ich habe ein rechtes Plaisir gehabt." Sprach flottweg, ist heute ruhiger, jammert weniger. Wiegt nur noch 38 kg. Noch keine Menses.



Was zunächst die Diagnose der vorliegenden Erkrankung anlangt, so ist sie wohl mit Sicherheit als puerperale Melancholie anzusprechen. Sie bietet die Kardinalsymptome der Melancholie in klassischer Weise:

Die gemütliche, schmerzliche Verstimmung, die Angst, die intrapsychische und psychomotorische Hemmung, daneben Störungen im Gebiet der sensiblen und wahrscheinlich der sensorischen Nerven. Wenn überhaupt, sind Sinnestäuschungen des Gehörs, aber nur ganz vereinzelt, im Anfang der Erkrankung aufgetreten.

Differentialdiagnostisch käme vielleicht noch die Katatonie in Frage und man könnte die grimassierenden Bewegungen, das Kopfwackeln, das unmotivierte plötzliche Lachen, die Monotonie des Klagens und Jammerns, die sakkadierte Sprache, die Inversionen kindlichen Charakters im Satzbau hierfür in die Wagschale legen. Doch spricht mancherlei gegen diese Auffassung. Alle diese Symptome lassen sich ebensogut und ungezwungen aus der ängstlichen, inneren Spannung, der Einengung und Erschwerung des Vorstellungsablaufes, der Herabsetzung des Selbstbewußtseins und dem Ohnmachtsgefühl der als dämonische Macht empfundenen Krankheit gegenüber erklären. Dazu kommt, daß die Kranke schon einmal im Anschluß an den Typhus im ersten Wochenbett eine der jetzigen gleiche, nur leichtere Erkrankung durchgemacht hat, die zu Hause in Heilung ausging und als Melancholie aufzufassen ist. Schwieriger ist die Frage der Diagnose, wenn man mit *Kraepelin* zwischen Melancholie und Depressionszustand unterscheidet. Die von ihm angegebenen Differentialdiagnostischen Merkmale lassen hier keine reine Scheidung zu. Innere Spannung und Beunruhigung mit ängstlicher Entladung, aber ohne manische Erregung, gleichmäßige Färbung der Stimmung, nur Schwankungen der inneren Angst: diese beiden positiven Zeichen für die Diagnose Melancholie sind in ausgesprochenem Maße vorhanden. Dagegen trifft das dritte negative Zeichen: Fehlen der Willenshemmung, nicht zu. Die für Depressionszustand charakteristischen Symptome: gedrückte hoffnunglose Niedergeschlagenheit und Ablenkungsmöglichkeit durch Zuspruch werden vermißt. Dagegen spricht das relativ niedrige Alter der Kranken (unter 50 Jahren) für Depression, ebenso die Wiederholung desselben Krankheitsbildes.

Die erbliche Veranlagung vermag die Entscheidung nicht wesent-



lich zu beeinflussen, da sie ja auch nach *Kraepelin* bei Melancholie nur weniger bedeutend, nicht aber differentialdiagnostisch entscheidend ist. So spricht das klinische Bild mehr für die Diagnose Melancholie, die übrigen Merkmale mehr für Depression. Ich lasse die Entscheidung zwischen beiden offen, wiewohl sie prognostisch nicht ganz belanglos ist. Der weitere Verlauf des noch nicht abgelaufenen Krankheitsbildes wird wohl noch Klarheit darüber bringen.

Für die psychopathologische Beurteilung des Falles, auf die es mir hier hauptsächlich ankommt, genügt die Bezeichnung als Melancholia puerperalis und zwar sensu strictiore, da die Psychose vor Ablauf der 6. Schwangerschaftswoche begonnen hat.

Die Melancholie ist nach *Ripping* mit 53,6% die häufigste Form der Geistesstörungen bei den nach der Entbindung erkrankten Frauen, nach *Hoppe* ist sie die zweithäufigste Form, die häufigste dagegen die akute halluzinatorische Verwirrtheit mit 63%, bei neueren Autoren die Katatonie-Dementia praecox-Gruppe mit 31%—59%. Die Hauptursache dieser differenten Ergebnisse statistischer Forschung liegt in dem Wandel der Diagnosenstellung während der letzten Dezennien, die ja leider auch heute noch einer allgemein anerkannten sicheren Basis entbehrt und Ursache zahlreicher Wirren und Mißverständnisse ist.

Anfang und Ende der eigentlichen Wochenbettzeit (6 Wochen post part. nach allgemeiner Annahme) bilden nach *Ripping* die prädisponierteste Zeit für die Entstehung der Melancholie. Bei uns liegt der Beginn etwa in der 5. oder 6. Woche.

Rezidive sind bei Melancholie mit am häufigsten. Sie weisen mit anderen Symptomen auf die endogene Ursache der Erkrankung hin.

Diese ist zunächst zu erschließen aus der erblichen Belastung, wie sie in der direkten Aszendenz und dann sekundär in den kollateralen Familienzweigen zur Anschauung kommt, wozu noch die Inzucht unter Umständen kumulierend als wichtiger Faktor hinzutritt, sodann aus den somatischen und psychischen Degenerationszeichen der Kranken selbst. Die Erblichkeitsverhältnisse lassen sich bei unserer Pat. an dem angeschlossenen Stammbaum deutlich übersehen. Ich verdanke denselben zum größten Teil dem freundlichen Entgegenkommen des Kollegen Anstaltsarzt Dr. *H. Römer*, welcher denselben



it anderen unter dem Titel: „Stammbäume aus zwei mittelbadi-
hen Weinorten mit 1000 und 200 Einwohnern. Sozialmedizinischer
eitrag zur generativen Wirkung des Alkoholismus und der Inzucht,
-arbeitet auf Grund amtlichen Materials" auf der internationalen
usstellung für Hygiene in Dresden 1911 veröffentlicht hatte. Es
illt für uns zunächst die wiederholte Inzucht in der direkten Aszendenz
uf. Die direkte Belastung durch Aszendenten ist gering. Nur der
iroßvater mütterlicherseits war Potator strenuus und starb an Apo-
lexie. Dagegen geben die näheren und weiteren kollateralen Zweige
:u denken. Wir finden da unter 9 Geschwistern 2 Geisteskranke,
l starb an Konvulsionen 3 Wochen alt. Von 12 Geschwistern des
Vaters war 1 geisteskrank in Illenau, 1 Potator war geisteskrank in
Illenau und hatte Delirium, 2 hatten nur Delirium. Von diesen 12
Geschwistern stammen 4 geisteskranke Kinder: 1 geistig nicht normal,
1 geisteskrank in Illenau, 1 Mißgeburt und geistig nicht normal,
1 Suizid. Die geistigen Abnormitäten der Kinder eines Bruders der
Urgroßmutter seien nur nebenbei der Vollständigkeit halber noch
erwähnt. Speziell von der Erkrankung einer Schwester des Vaters
sei bemerkt, daß sie, wie bei unserer Kranken, eine Puerperalpsychose
war und zwar eine Melancholie, die in der Gravidität entstand und
in Demenz überging (laut Krankengeschichte der Anstalt).

Es ist hier nicht der Platz zu untersuchen, ob und inwieweit
allein aus den geistigen Erkrankungen in der Familie auf Grund be-
stimmter Gesetze eine konstitutionelle Disposition bei unserer Kranken
erschlossen werden kann und darf. Bringt man aber die tatsächlich
vorhandenen körperlichen und psychischen Degenerationszeichen
der K. in Beziehung zu der Heredität, so werden, wie wir gleich sehen
werden, gewisse innere Verbindungen beider Faktoren sich nicht
von der Hand weisen lassen, und die Bedeutung der ersteren wird
in einem anderen Lichte erscheinen.

Als solche Stigmata hereditatis finden wir bei der K. Pigment-
flecken der r. Iris, verkümmerte Ohrläppchen, starke Einrollung
des Oberrandes der rechten Ohrmuschel, eingezogene linke Mamilla,
die Rezidivierung derselben Psychose und die Eigenart der Melancholie,
bedingt durch die sie begleitenden Zwangsvorstellungen. Auf letztere
werde ich noch ausführlicher zu sprechen kommen. Ob sonst irgend-
welche Eigenheiten des Charakters der Kranken von Jugend auf



bestanden, ist bei der geringen Urteilskraft der Bevölkerungsschicht, welcher sie angehört, solchen Dingen gegenüber nicht zu eruieren gewesen.

Wir sind zweifellos berechtigt, auf Grund der eben angeführten Momente eine psychopathische Konstitution, eine latente bzw. bereits einmal manifest gewordene Entartung als eigentliche Ursache der Melancholie anzusehen. Den Anlaß zum Ausbruch der Krankheit gab, wie in der Mehrzahl der Puerperalpsychosen, eine exogene Schädigung in Form einer Infektion. Nach *Runge* liegen in 60,53% aller Fälle exogene schädigende Faktoren vor, und der häufigste unter ihnen ist die Infektion, nach *Siemerling* in 24%. Das Zusammenwirken von exogenen und endogenen Momenten fand *Runge* in 43,42%. Es ist auffallend, wie ganz ähnlich die die Krankheit auslösenden Momente im 1. und 4. Wochenbett sind: dort Typhus, hier puerperale Infektion. Jedesmal gingen also fieberhafte Erkrankungen mit zweifelloser Intoxikation vorher, die zwar wesentlich verschieden in ihren Erregern sind, aber doch dieselbe Reaktion der Psyche hervorriefen.

Wenn ich im Vorstehenden die Krankheit, vor allem ihr Bild und ihre Ursachen etwas eingehender beschrieben habe, so geschah es aus zwei Gründen: einmal wollte ich eine breite objektive Grundlage geben für eine eventuell spätere statistische Verwertung, zweitens hielt ich es für nötig zum Verständnis der Psychopathologie der Tat.

Die Rubrizierung des Falles unter der Gruppe des Familienmords ist vielleicht nicht ohne weiteres klar, und ich will daher dies kurz näher begründen. Zunächst kommt nicht in Betracht Kindstötung im Sinne des § 217 RStGB., weil die Tötung weder in noch gleich nach der Geburt erfolgte, sondern etwa 6 Wochen später. Bezüglich des Begriffs Familienmord und seiner Ausdehnung stehe ich auf dem Standpunkte *Naecke*s. Nicht das Gelingen der Tat ist, wenigstens für den Psychopathologen, das Kriterium, sondern die Intention dazu. *Naecke* unterscheidet einen „vollständigen und einen unvollständigen Familienmord, je nachdem der Täter entweder alle anwesenden Familienmitglieder tötet oder zu töten versucht und dabei sich selbst tötet oder nicht tötet, oder nur ein Mitglied oder wenige tötet mit oder ohne folgenden Selbstmord".

Hiernach ist der vorliegende Fall unter der Gruppe: „Unvollständiger Familienmord ohne Selbstmord" einzureihen.



Die psychologische Entwicklung der Gedanken, welche bei Frau K. m Familienmord führten, ist folgende: Zuerst tauchte infolge der elancholischen schmerzlichen Verstimmung Lebensüberdruß und r Drang auf, sich das Leben zu nehmen. Von diesem Gedanken achte die Kranke ihre Umgebung, speziell dem Manne Mitteilung, ıd dieser sorgte für Bewachung seiner Frau, um sie vor sich selbst ı schützen. Schon vor dieser Maßnahme, die 3 Tage vor der Tat folgte, hatte die Kranke weiter in ihrem Innern den Drang, ihre inder, 4 an der Zahl, umzubringen, äußerte aber zunächst nichts avon zu ihrer Umgebung, sondern kämpfte schweigsam dagegen n, bis sie fühlte, daß sie dem immer stärker werdenden, mit dämonischer Übermacht sie unwiderstehlich treibenden Drange zum Mord der Kinder, den sie als nicht erlaubt und unmoralisch klar erkannte und nicht wollte, unterliegen würde, und daher nun ihren Mann, ihre Schwester und die Pflegerin bat, man möge sie doch um Gottes Willen fortbringen in die Anstalt Illenau oder wenigstens die Kinder von ihr entfernen, da sie ihnen etwas tun müsse. Der Mann schenkte ihr keinen Glauben, weil er an die Möglichkeit einer solchen Tat, in Kenntnis des Charakters seiner Frau aus gesunden Tagen, nicht entfernt dachte. „Wer hätte auch gedacht, daß sie so etwas tun könnte", sagte er später zu mir. Die Bewachung der Frau war so gut, daß sie keine Gelegenheit fand, suizidal zu werden, und offenbar hatte dieser Umstand den suiziden Drang bei ihr gegenüber dem homiziden, ständig wachsenden, ihr selbst in seiner ganzen Ungeheuerlichkeit bewußten und wohl eben deshalb analog den konträren Zwangsvorstellungen fortwährend an innerer Spannung zunehmenden, an Intensität und Aktualität zurücktreten lassen. So kam es, daß sie in dem kurzen, nicht 1 Minute dauernden Moment des Alleinseins am 23. XI. 1912 morgens 8 Uhr nicht sich, sondern dem 6 Wochen alten Säugling den Hals durchschnitt.

Es ist nun auffallend, daß sie nach der Ermordung des jüngsten Kindes nicht auch das zweitjüngste Mädchen, das nebenan saß, tötete und nicht Hand an sich selbst legte. Zweifellos war Zeit dazu vorhanden, denn sie ging ja der Schwester bis zur Türe entgegen, und in dieser Zeit hätte sie sich gut den Hals abschneiden oder wenigstens den Versuch dazu machen können.

Man findet nun in der Literatur häufig, besonders bei Frauen

und Mädchen, daß sie der Ermordung ihrer Angehörigen den Selbstmord nicht folgen lassen und als Grund angegeben: Nichtgelingen derselben, Mangel an Mut, zufällig eintretende Hindernisse oder überhaupt Fehlen der Absicht, sich zu töten. Ich möchte in meinem Falle keine dieser Erklärungen für zutreffend erachten, sehe vielmehr in dem Entsetzen über die ungeheure, dem eigentlichen Wesen der Pat. fremde Tat, die ihr durch eine unheimliche Macht in ihrem Innern aufgezwungen wurde, den eigentlichen Grund, daß sie weder das andere Kind tötete noch Selbstmord vollführte. Vor Entsetzen erstarrt, dachte und handelte sie nicht mehr weiter, konnte nicht mehr weiter denken und handeln. In ihren Worten: „Jetzt hab ichs gemacht" und in dem entsetzten, starren Gesichtsausdruck bei der Aufnahme in Illenau sechs Stunden nach der Tat liegt diese Begründung für mich enthalten. In ähnlichem Sinne sind auch die Worte der K. zu verstehen, sie habe sich immer ums Leben bringen wollen, aber „vor Angst" es nicht fertig gebracht, d. h. nicht Furcht vor dem Tode hat sie von der weiteren Tat abgehalten, sondern die Angst im allgemeinen war das hemmende, lähmende Moment, welches sie nicht zur Tat kommen ließ.

Obwohl aber die Kranke nicht einmal den Versuch zum Suizid machte, ist der Drang dazu gleichwohl das Primäre gewesen, dem der homizide Drang erst folgte, um ihn alsbald an Intensität zu überholen.

Bei der Exploration über die Motive zur Tat gibt die K. einmal an, sie sei zu gut bewacht gewesen, als daß sie sich ein Leid hätte tun können. Da habe sie gedacht, du bringst deine Kinder um, dann kommst du auch aufs Schaffot und erreichst so doch, daß du das Leben verlierst. Wäre diese Motivierung der Tat unzweifelhaft glaubwürdig, so würde diese als ein indirekter Selbstmord aufzufassen sein. Aber die Tatsachen reden eine andere Sprache. Wie schon oben erwähnt und auch aus den ersten eben angeführten Worten der Kranken hervorgeht, gebrach es ihr nicht an Mut, Hand an sich zu legen, und ebensowenig fehlte ihr Zeit und Gelegenheit dazu. Es war vielmehr der reine, unbezwingliche homizide Drang, dem sie willenlos und blindlings sich überlassen mußte, der im Momente des Alleinseins mit dem Kinde keine äußeren Hindernisse vorfand und so impulsiv, raptusartig in der schrecklichen Tat sich entlud. Der suizide Drang war neben ihm ganz zurückgetreten. Dies erhellt auch aus der Tatsache, daß die



ranke gleich nach der Tat bei und in den ersten Tagen nach der ufnahme immer wieder in heller Angst bat, man möge sie doch vor iesem übermächtigen Drang in ihr, etwas anzustellen, der immer och da sei, schützen, sie müsse dieselbe Tat an ihren anderen Kindern ich noch ausführen, wenn man sie nach Hause lassen würde, daß e dagegen nie von selbst und erst in zweiter Linie erwähnte, daß ihr as Leben verleidet sei und sie sterben möchte.

Die eigentliche Ursache zu der Tat ist in einem Zwangsantrieb u suchen, welcher aus der Melancholie heraus und mit ihr sich entrickelte. Ich halte das von der Kranken angegebene indirekte Motiv ntweder für ein nachträglich erfundenes „Deckmotiv" oder eine ängere Zeit vor der Tat gehegte Erwägung, die aber nicht effektiv die Tat auslöste.

Mit *Revington* sehe ich das Wesen dieses Mordtriebes nicht in der Neigung zu morden, sondern einfach loszuschlagen oder, wie es die Kranke immer wieder selbst bezeichnet, „etwas anzustellen". Zum Morde wird die motorische Entladung erst durch das dem schmerzlichsten seelischen Empfinden des eigenen düsteren, ungeheuerlich und dämonisch veränderten krankhaften Wesens entspringende meist unbewußte Bestreben, etwas ganz Unerhörtes, Gräßliches und Entsetzliches anzustellen. Weder Sinnestäuschungen noch Wahnideen konnten trotz wiederholten eingehenden Forschens als Ursache ermittelt werden.

Der Mordtrieb trägt alle charakteristischen Merkmale des krankhaften Zwanges. Er drängt sich wider Willen dem Bewußtsein mit Macht auf, wird als krankhaft, widernatürlich und unmoralisch erkannt, läßt sich auf keine Weise durch den Willen niederkämpfen, nimmt vielmehr durch Kampf gegen ihn an Macht zu und führt schließlich, nachdem die innere schmerzlich ängstliche Spannung den höchsten Grad erreicht hat, zur rücksichtlosen Umsetzung in die Wirklichkeit.

v. Krafft-Ebing gibt in seiner gerichtlichen Psychopathologie eine treffende Zeichnung dieser Zustände. Er spricht von der Entstehung von Gewalttaten bei Melancholischen und unterscheidet hierbei drei Gruppen:

1. aus schmerzlichem Fühlen und Zwangsvorstellungen;
2. aus Affekten der Angst;
3. aus Wahnideen und Sinnestäuschungen.



Zur ersten Gruppe bemerkt er: Rein auf Grund seines schmerzlichen Fühlens, ohne zu delirieren, ohne auffallende Störung seiner Besonnenheit, kann der Melancholische zu den schwersten Gewalttaten hingerissen werden. Die Gefühle psychischer Dysästhesie, die Welt und Leben schlecht und unerträglich erscheinen lassen, die peinlichsten Affekte der Langeweile, die Hemmung des Vorstellens, die ängstlichen Erwartungsaffekte ungewisser, aber jedenfalls schrecklicher Zukunft, das quälende Bewußtsein des nicht mehr Könnens, Leistens, Wollens, das entsetzliche Gefühl, sich des krankhaften Zustandes nicht mehr entschlagen zu können, sind es, die es vorbereiten.

Die unmittelbare Veranlassung bildet gewöhnlich ein Verzweiflungs- und Überraschungsaffekt.

Er spricht weiter von den Zwangsvorstellungen, nennt sie mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewußtsein fixierte Vorstellungen und fährt dann fort:

„Dem schmerzlichen Fühlen entsprechend ist ihr Inhalt immer ein widriger, peinlicher. Nicht selten sind sie durch ein äußeres, erschütterndes Ereignis hervorgerufen, häufiger sind sie spontane, den Inhalt des schmerzlichen Fühlens objektivierende, mit einem Überraschungsaffekt bewußt gewordene Schöpfungen der kranken Hirnrinde, zuweilen durch eine schmerzliche Empfindung (Neuralgie) geweckte, mit ihr assoziierte und durch sie im Bewußtsein fixierte Vorstellungen. Obwohl der Kranke ihren kranken Inhalt klar erkennt, vermag er sich doch ihrem peinlichen Einfluß nicht zu entziehen, noch sie zu verdrängen usw."

Die Tat der K. gehört zweifelsohne der ersten Gruppe nach *v. Krafft-Ebing* an. Die körperliche Fixierung des qualvollen Zwangstriebes und der Zwangsvorstellungen findet sich besonders scharf und prägnant in Form der Präkordialangst: „Da im Herzen hat es mich gedrückt", „das Herz rudert und rudert und rudert". Die Herzgegend bezeichnet die Kranke direkt als die Quelle der Tat.

Das Bewußtsein war während der Tat jedenfalls nicht wesentlich getrübt, ebenso ist die Erinnerung an alle Einzelheiten gleich nach der Tat und in den folgenden Tagen vollkommen erhalten gewesen. Die Schilderung der Kranken stimmt mit dem Augenscheinbefund am Tatort und dem Sektionsbefund und den Erzählungen ihres Mannes vollkommen überein [1]). Nur einmal erzählte sie dem Anstaltsgeistlichen, sie sei mit einem Bein auf das Kindchen gekniet, was nach

[1]) Herrn Staatsanwalt Kraus in Offenburg sage ich für die freundliche Überlassung der Akten der K. meinen verbindlichsten Dank.

ngaben des Mannes wegen der Höhe des Kinderwagens nicht mög-
ch ist. Diese — sagen wir — Erinnerungsfälschung ist aber im Ver-
leich zu den bei gesunden Menschen vorkommenden fast, wenn nicht
anz, im Bereich der Fehlerquellen eines normalen Durchschnitts-
edächtnisses gelegen, so daß wir keine tiefere Bewußtseinsstörung
ährend der Tat daraus konstruieren können. Leichte Trübungen
ιögen wohl bestanden haben. Jedenfalls aber lag keine Bewußt-
osigkeit vor. Von den einfachen Zwangsantrieben und Zwangs-
andlungen unterscheidet sich unser Fall durch den psychotischen
Boden, auf dem der Trieb entstand, und durch das Ausbleiben der
Entspannung nach vollbrachter Tat. Als raptus melancholicus sensu
strictiore kann der Zustand der K. während der Tat wegen des er-
haltenen Bewußtseins und der folgenden detaillierten Erinnerung
nicht bezeichnet werden.

Wenn wir weiter die Tat psychopathologisch zu analysieren
und zu ergründen versuchen, so ist es ratsam, nach dem Vorbilde
Gaupps bei seinen Untersuchungen über Selbstmord, Ursache und
Motiv scharf zu trennen, wozu wir um so eher berechtigt sind, als
ja die ganze Tat ihrem Wesen nach als ein erweiterter Selbstmord
aufzufassen ist. Die Ursachen sind nach ihm die treibenden Kräfte,
die sehr oft dem Täter nicht zum Bewußtsein kommen können; Motiv
ist das gleiche wie Anlaß. Die Motive sind die im Bewußtsein des
Täters auftretenden Gründe seines Handelns, einerlei ob sie schon
lange wirken oder erst im Moment der Tat entstehen.

Auf die Tat der K. übertragen heißt dies: Die Ursache zur Tat
ist die Melancholie, speziell der Zwangsantrieb: „das kranke Ich“
(*Naecke*); Motiv ist rein äußerlich das Fehlen der Bewachung in dem
Moment des Alleinseins, da die Schwägerin die Windel aufzuhängen
ging. Ein innerer Beweggrund fehlt ganz.

Zwischen den Ursachen der Tat und der Eigenart der Erkrankung
bestehen oft tiefere Beziehungen, die aufzudecken hier besonders
interessant und wünschenswert ist.

Aus *v. Krafft-Ebings* Einteilung der Taten von Melancholischen
in drei Gruppen konnte man schon ersehen, wie mannigfaltig die
Ursachen bei derselben Krankheit sein können. Warum waren es bei
Frau K. nun gerade diese nicht so häufigen Zwangsantriebe, welche
zur Tat führten?



Wir wissen aus vielfältiger Erfahrung, daß zwischen reinen psychischen Zwangsvorgängen und Melancholie vielfache Beziehungen bestehen. Einmal gehen einfache psychische Zwangsvorgänge in der Regel mehr oder weniger mit sekundären Angstzuständen einher, die gelegentlich auch in richtige Melancholie übergehen können. Ferner findet man bei primären Melancholien mehr als bei anderen Psychosen oft vereinzelt oder vorwiegend Zwangsgedanken, Zwangsbewegungen, Zwangsantriebe usw., die unter Umständen der Melancholie ihren eigenartigen Stempel aufdrücken.

Von den einfachen psychischen Zwangsvorgängen ohne primäre psychotische Seelenstörung wissen wir, daß sie fast ausschließlich auf psychopathischem Boden entstehen, oder daß, mit anderen Worten, in den meisten Fällen erbliche Belastung mit Nerven- oder Geisteskrankheit vorliegt. So sagt *Naecke*: „Impulse und Zwangsideen scheinen überhaupt gern bei erblich Belasteten vorzukommen.“ Den Mordtrieb findet *Schüle* bei gewissen schweren hereditären Neuropathien usw.

Speziell dem Alkoholismus in der Aszendenz haben manche Autoren eine gewisse Bedeutung für das Zustandekommen von impulsiven und zwangsmäßigen triebartigen Handlungen (Gewaltakte, Suizid) zuschreiben zu dürfen geglaubt. Es liegt somit nahe, die Zwangsantriebe in der Melancholie der K. mit der endogenen Komponente der Krankheit, der psychopathischen Anlage und der erblichen Belastung in Zusammenhang zu bringen. Betrachtet man unter diesem Gesichtswinkel den Stammbaum der K., so findet man Alkoholismus in der direkten Aszendenz bei dem Großvater mütterlicherseits. In den Kollateralen ist er bei den Brüdern der Mutter stark vertreten, dann treten Melancholie und Suizid, und zwar bei der Kollateralen des 3. Grades der Aszendenz, bei einer Schwester der Mutter und einem direkten Vetter und einer Base mütterlicherseits auch hier zutage. Bedenkt man dazu die wiederholte Inzucht, die in Verwandtschaft 2. Grades der Eltern und der der Ahnen mütterlicherseits im 3. und 4. Glied zum Ausdruck kommt, so wird die Vererbung einer auch durch körperliche Stigmata signierten psychopathischen Anlage und deren Bedeutung für das Krankheitsbild mehr wie deutlich. Interessant für den Erblichkeitsforscher ist das Vorkommen noch einer puerperalen Melancholie (im weiteren



inne) mit Ausgang in Geistesschwäche bei der Schwester der Mutter er Kranken. Es ist natürlich nicht streng zu beweisen, daß der endoene Krankheitsfaktor es ist, welcher die Zwangsantriebe in der Ielancholie der K. begründet, aber die Folgerung liegt nach Gesagtem ahe.

Jedenfalls ist im Sinne dieser Wertung der Entartung noch eine Tatsache auffallend, die *Naecke* an seinem Material über Familienmord durch Geisteskranke fand. Während für die einfachen Puerperalpsychosen nach Angabe fast aller Autoren die Erblichkeit in der Ätiologie keine größere Rolle spielt als bei allen anderen Psychosen, fand *Naecke* erbliche Belastung bei geisteskranken Familienmördern in 75% der Männer und 95(!)% der Frauen, woraus hervorgeht, daß die Kriminalität in der psychopathischen Anlage der Kranken mit ihren tiefsten Grund hat und somit bei Erforschung der Ursachen für die Tat in erster Linie wohl gewürdigt werden muß.

Die innige Verknüpfung von suiziden und homiziden Trieben in diesem Falle bietet wieder ein grelles Beispiel für den psychologisch fein erfaßten Ausspruch *Cramer*s, daß jeder zu Selbstmord neigende Kranke gefährlich ist, weil man nie wissen kann, ob er sich mit dem Selbstmord begnügen wird. Eine andere, mehr statistische Fassung hat *Kreuser* diesem Gedanken gegeben, indem er die Melancholie im weiteren Sinne die Hauptursache des erweiterten Selbstmords nennt. Ganz besonders aber ist es die puerperale Melancholie, welche suizide und homizide Impulse in sich vereinigt. *Baker* fand dies bei mindestens 1/3 aller Puerperalpsychosen und den Kindsmord am häufigsten im Laktationsstadium, ebenso *Naecke.* Die Zeit der Tat ist keine zufällige, hängt vielmehr, wie vielfach beobachtet, damit zusammen, daß die Melancholie ihre täglichen Kulminationspunkte meist in den ersten Morgenstunden hat und somit Entladungen der krankhaften inneren Spannungen in Form von kriminellen Handlungen da am ehesten erfolgen.

Die Art des Mordes ist charakteristisch für die Tat einer F r a u an ihrem Kinde. *Naecke* fand in 92% von Familienmorden durch Frauen, daß sie das M e s s e r gebrauchten oder e r w ü r g t e n. Andere Mittel, speziell solche, die der Mann benützt, sind demgegenüber verschwindend selten.

Noch erübrigt, die Reaktion der Kranken auf die Tat zu erfassen,



ob Reue da ist, ob nicht. Voraussetzung dafür ist natürlich, daß Pat. ganz oder teilweise sich der Tat erinnert. Dies trifft bei der K. zu. Trotzdem finden wir in den ersten Wochen nach dem Mord keine Spur von Reue, vielmehr steht die Kranke ihm fremd gegenüber. Nicht Teilnahmlosigkeit, Stumpfheit kann man es nennen, sondern nur Unempfindlichkeit, mangelnde Apperzeption infolge der quälenden Angst, des Zwangstriebes, der Ohnmacht und der allgemeinen Hemmung. Sowie diese Krankheitssymptome sich bessern (Anfang Februar) tritt als natürliche physiologische Reaktion die Reue auf, die nun zu der Depression und Angst sich gesellt und diese wieder verstärkt.

Es läßt sich nach dem eben Gesagten ersehen, daß gewisse Eigentümlichkeiten der Tat oft auf den Charakter der Geistesstörung und somit die eigentliche Ursache des Effektes schließen lassen, was in forensischer Beziehung für die Begutachtung u. a. wichtig sein kann, wenn die Zeugen tot sind. Gewisse Merkmale lassen manchmal auch den Laien schon das Krankhafte der Tat erkennen, so das dem sonstigen Charakter der Kranken direkt widersprechende Verhalten, das Parapraktische, das den elementarsten menschlichen Trieben, der Mutterliebe, ins Gesicht Schlagende, Ungeheuerliche, das Fehlen jedes Versuchs zu entweichen, zu leugnen.

Was die Prophylaxe derartiger Taten Geisteskranker anbelangt, so lehrt dieser Fall, daß sie sich in zwei Richtungen zu bewegen hat. Einmal ist für Aufklärung der Bevölkerung über die Gefährlichkeit Geisteskranker, besonders der Melancholiker, für sich und ihre Umgebung durch Zeitungen und Vorträge zu sorgen, damit die Angehörigen alsbald für Unterbringung der Kranken in eine Anstalt sorgen und nicht, wie hier, sogar den flehentlichen Bitten der armen, ihren Zustand klar durchschauenden Frau entgegen sie daheim behalten. Es wird zwar noch lange Zeit dauern und immer erneuter Mahnungen bedürfen, bis eine etwas schwerfällige Landbevölkerung, wie hier, für solche Überlegungen und rasche Entschließungen zugänglich wird. Am ehesten würde noch Belehrung durch den Geistlichen und in Sonntagsblättern meiner Ansicht nach fruchtbringend sein.

Zum anderen wäre das Verbot der Verwandtenheirat, wenigstens wenn Geistes- und Nervenkrankheiten und Alkoholismus in den Familien vorkommen, von Kirche und Staat strengstens durchzuführen, um der fortschreitenden Entartung mit all ihren großen familiären und sozialen

Schäden vorzubeugen. Ich halte diese Maßnahme für praktisch durchführbar, während meiner Ansicht nach das gesetzliche Eheverbot zwischen nichtverwandten Belasteten nicht praktisch durchführbar ist und auch Kastration bzw. Sterilisation, weil meistens zu spät kommend oder beim Weibe als doch immerhin etwas riskierter Eingriff, wohl nur selten in Erwägung zu ziehen wäre. Vor allem steht die Lehre von der Erblichkeit der Geisteskrankheiten heute noch auf einem so ungewissen Boden, und die alten Dogmen über Vererbung sind durch neuere biologische und statistische Forschungen so erschüttert, daß eine völlige Neubearbeitung der ganzen Frage nötig wird. Erst, wenn hierüber völlige Klarheit und Einigkeit herrscht, hat der Gesetzgeber eine Grundlage, auf welcher er der Prophylaxe durch sozialgesetzliche Maßnahmen näher treten kann.

Zur forensischen Bedeutung des Falles ist nur weniges zu sagen. Es ist fast ohne weiteres sogar für den Laien klar, daß die Tat in einem Zustand von Geistesstörung, welcher die freie Willensbestimmung ausschließt, begangen wurde und somit der Täterin der Schutz des § 51 RStGB. zukommt. Dementsprechend kam auch keine förmliche Gerichtsverhandlung hier in Frage, sondern die örtlichen Erhebungen und eine kurze Anfrage bei der Anstaltsdirektion, ob Geistesstörung und die Voraussetzungen des § 51 vorliegen, genügten dem Richter, dies Verfahren einzustellen.

Zum Schluß möge noch einiges zur Prognose des noch nicht abgelaufenen Krankheitszustandes gesagt sein: Die Erblichkeit ist bei den Puerperalpsychosen nach Angaben mehrerer Autoren im allgemeinen ohne Einfluß auf den Verlauf der Krankheit, dagegen fand *Ripping* speziell bei der Melancholie das Genesungsverhältnis um 13,3% niedriger als bei Nichtbelasteten. Als günstig für den Ausgang in Genesung werden bei *Jolly* angeführt: das Vorhandensein exogener Ursachen, das Vorausgehen puerperaler Psychosen, akuter Beginn. Wochenbettpsychosen sensu strictiore haben eine bessere Prognose als die Graviditäts- und Laktationspsychosen. Ungünstig sind chronischer Beginn, Vorausgehen nicht puerperaler Psychosen im frühen Alter, Fehlen exogener Ursachen, schwachsinniger Boden. Lebensalter, Zeit des Ausbruchs sind ohne wesentlichen Einfluß. Die Diagnose, ob Melancholie oder Depression, ist insofern von Bedeutung, als letztere günstige Heilungsaussichten bietet.



Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet (akuter Beginn, Puerperalpsychosen s. s., Rezidiv, exogene Ursache einerseits, erbliche Belastung andererseits) wäre die Prognose eine günstige. Man muß aber außer den rein statistisch gewonnenen Gesichtspunkten auch den individuellen Krankheitscharakter und die Krankheitsausgänge der anderen Familienmitglieder in Betracht ziehen. In ersterem finden sich bis jetzt keine Symptome, welche mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit als ominös gedeutet werden könnten. Die Monotonie der Klage, die sakkadierte, kindliche Sprache, das Grimassieren sind alles Symptome, die weniger katatonen Charakter tragen als vielmehr den der psychischen Hemmung und seelisch schmerzlichen Empfindung. Bei intensiveren Erlebnissen (Besuch der Kinder und Freude darüber) schwinden sie oder lassen nach, sind also noch vom Willen beeinflußbar.

Dagegen ist beim Blick auf den Ausgang der Psychosen bei den Geschwistern, Onkeln, Tanten, Vettern und Basen der Kranken die Aussicht ziemlich getrübt.

Unter Berücksichtigung aller dieser Momente nach ihrem Werte läßt sich wohl sagen, daß die Prognose eine zweifelhafte ist, immerhin aber die Aussicht auf einen günstigen Ausgang überwiegt.

Nach Alter der Kranken, Beginn im Spätwochenbett, erblicher Belastung wird voraussichtlich eine längere Dauer als der Durchschnitt für Puerperalpsychosen zu erwarten sein, der nach *Antón* 6—10 Monate beträgt.

Literatur.

1. *Anton*, Über Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säuglingszeit.
2. *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie.
3. *Gaupp*, Klinische Untersuchungen über Ursachen und Motive des Selbstmords. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin Bd. 33, 3. Folge, Jahrg. 1907, Supplement.
4. *Hoche*, Gerichtliche Psychiatrie.
5. *Jolly Ph.*, Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 48, 1911.
6. *Kraepelin*, Psychiatrie, 1909.
7. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, 1892.
8. *Kreuser*, Geisteskrankheit und Verbrechen, 1907.



9. *Löwenfeld*, Die psychischen Zwangsvorstellungen, 1904.
10. *Meyer*, *E.*, Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 48, 1911.
11. *v. Muralt*, Über Familienmord, Monatsschr. f. Kriminalpsychologie Bd. 2, 1905.
12. *Naecke*, *P.*, Über Familienmord durch Geisteskranke, 1908. (Hier auch noch weitere, ausführliche Literatur.)
13. *Ripping*, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden, 1877.
14. *Römer*, *H.*, Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 9. Jahrg. 3, 1912.
15. *Runge*, *W.*, Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psychiatrie Bd. 48, 1911.
16. *Schmidtmann*, Handbuch der gerichtlichen Medizin, Bd. 3, 1906.
17. *Schüle*, Klinische Psychiatrie in *Ziemsen*s Handbuch, 1886.
18. *Siemerling*, Streitige Geisteskrankheit in *Schmidtmann*s Handbuch der gerichtlichen Medizin, 1906.
19. *Siemerling*, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik Bd. 6, 2. Abteilung.
20. *Straßmann*, Der Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung, Referat auf der III. Tagung der Deutschen Ges. f. gerichtl. Medizin. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin Bd. 35, 3. Folge, 1908, Supplement.
21. *Ziehen*, Psychiatrie, 1908.



Zur Geschichte des Waisen-, Toll- und Krankenhauses, sowie Zucht- und Arbeitshauses in Pforzheim.

Von W. Stemmer-Illenau [1]).

In der Geschichte der Pforzheimer Krankenhäuser läßt sich die Anstaltsversorgung der Geisteskranken in Baden von der Zeit der Markgrafschaft in die des Großherzogtums verfolgen. In ihrem Schattenriß entspricht diese Entwicklung dem Aufstieg von der Hütanstalt zur Heilanstalt, wie er sich allgemein im Lauf der Zeit vollzogen hat; doch zeigen die Einzelheiten mannigfach Besonderes. Es war ja zu keiner Zeit von den sich äußerlich gleichenden Versorgungsweisen der Geisteskranken eine das getreue Abbild der anderen, und noch heute — obschon die Irrenanstalt sich einen gewissen einheitlichen Typ geschaffen hat — entfernt ihre Eigenart die einzelnen Anstalten viel weiter vom Nullpunkt einer mittleren Normale, als dies bei anderen Krankenhäusern je der Fall ist.

Das Verständnis für diese Abweichungen erhellt nicht ausschließlich aus der historischen Betrachtung: im Gegensatz zu den übrigen Spitälern gehört die Irrenanstalt zum ganz unentbehrlichen Rüstzeug der psychiatrischen Therapie und wird in dieser Eigenschaft immer mitten hinein ins Wellenspiel der therapeutischen Meinungen geworfen. Erst ein Verstummen des Streits um die Heilmethoden könnte eine absolute Einheitsirrenanstalt entstehen lassen und dem Anstaltswesen die Förderung entreißen, die es durch seine gegenwärtige Stellung im lebendigen Interesse nicht nur des Fachmannes, sondern auch des Laien genießt.

[1]) Herrn Priv.-Doz. Dr. med. et phil. *Diepgen* in Freiburg i. B., der den Verf. in die historische Methode einführte und die folgenden Blätter von ihrem Entstehen an mit seinem Interesse und wertvollem Rat begleitet hat, ist der Verfasser zu lebhaftem Dank verbunden.



Die Geschichte der Pforzheimer Krankenhäuser hat eine zusammen-ngende Darstellung erfahren von *Fischer* [1]), dem ehemaligen Direktor r dortigen Heil- und Pflegeanstalt. Vom 25. Juli 1322, dem Tag, an lchem Frau Markgräfin Luitgard, die Gemahlin Rudolfs des Jungen, Pforzheim ein Spital für elende und arme Siechen gründete [2]), hat die Geschicke des ihm anvertrauten Hauses bis in seine Zeit verfolgt. ır mittelalterlichen Geschichte der Anstalt hat inzwischen *Baas* [3]) neue achricht beigebracht. Von 1718—1804 stand das Tollhaus im Rahmen ner Gesamtanstalt, die anfänglich aus Zucht-, Arbeits-, Waisen-, Siechen-, oll- und Krankenhaus bestanden hatte. Von dieser bröckelte ein Teil ach dem anderen ab, bis 1804 nur noch Irren- und Siechenhaus übrig lieben, deren Wege sich erst 1826 trennten. Durch das gegenseitige neinandergreifen der verschiedenen Zwecke berührt *Lenels* Werk [4]) n seinem Zuchthauskapitel auch die Zustände der Gesamtanstalt.

Erst jetzt der Verwertung zugänglich geworden sind die mit den die ärztlichen und gesundheitlichen Verhältnisse der Gesamtanstalt be-treffenden Faszikeln vereinigten Tollhausakten [5]); sie bilden die Grund-

---

[1]) *Fischer*, Die Anstalt in Pforzheim bis zum Jahre 1804 und *Fischer*, Zur Geschichte der Großh. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim vom Jahre 1803 bis jetzt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 32 u. 34.

[2]) *Gmelin*, Zur Geschichte der Spitäler in Pforzheim. Ztschr. f. Gesch. d. Oberrheins Bd. 24.

[3]) *Baas*, Mittelalterliche Gesundheitspflege im heutigen Baden. Neujahrsbl. d. bad. hist. Kommission, N. F. 12, Jahrg. 1909.

[4]) *P. Lenel*, Badens Rechtsverfassung und Rechtsverwaltung unter Markgraf Karl Friedrich 1738—1803. Karlsruhe 1913. Ich bin Herrn Dr. *Lenel* für wertvolle Anregungen zu großem Danke verbunden.

[5]) Akten der Großh. Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Von den Pforzheimer Akten sind die auf das Zucht- und Waisenhaus bezüglichen zum größeren Teil im Besitze des Großh. General-Landes-Archivs, wohin sie jeweils bei der Aufhebung bzw. Verlegung der genannten Anstalten abgegeben wurden. Die übrigen Akten, ins-besondere die das Siechen- und Tollhaus und die in der Gesamtanstalt herrschenden Gesundheitsverhältnisse betreffenden wurden 1826 beim Umzug nach Heidelberg mitgenommen und kamen von da 1842 nach Illenau. Da nicht nach Nummern oder Faszikeln zitiert werden konnte, weil eine Neuordnung in Aussicht genommen ist, so werden nur die jeweils für sich eine Einheit bildenden Personalakten der Beamten, ärztlichen Visitationssachen, Kriegss., Fabrikens., Anatomies. summarisch genannt und im übrigen durch vielfache Zeitangaben die Nachprüfung ermöglicht. Die Mischung der verschiedenen Zwecke der Anstalt spricht sich schon in den Akten aus, von welchen nur wenige Faszikel ausschließlich einem der Einzelgebiete gewidmet sind. Für die Erlaubnis zur Verarbeitung der

lage der vorliegenden Arbeit, welche im wesentlichen der Betrachtung des Irrenhauses gewidmet sein soll. Die Berechtigung neben dem Tollhaus auch die anderen Anstalten in ihren den Arzt interessierenden Beziehungen zu behandeln, gibt nicht nur der Zufall der gemeinsam vorgefundenen Akten, sondern die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Betriebe, welche sich wechselseitig beleuchten und in den ersten Zeiten als Gesamtorganismus zu verstehen sind. Ihr allmähliches Auseinandergehen ist ebensosehr Kulturentwicklung wie die Fortschritte innerhalb der Einzelgebiete und muß daher im Gesamtbilde mitgezeichnet werden.

Im Jahre 1689 war das alte Spitalgebäude einem der großen Brände zum Opfer gefallen, welche im orleansschen Kriege fast ganz Pforzheim in Asche legten[1]). Über das Schicksal seiner damaligen Insassen ist keine Nachricht auf uns gekommen. Dem zusammengeschmolzenen Rest der Bürgerschaft blieb als Ersatz das vor der Stadt gelegene Sondersiechenhaus, das wie die meisten ehemaligen Leprosorien dem hl. Georg geweiht war[2]). Es hatte nach dem Erlöschen des Aussatzes als Pfründner- und Armenhaus gedient, und fand nach dem Brand als Interimsiechenhaus Verwendung. Der Aufgabe

---

Akten, auf deren Vorhandensein mich zuerst Herr Dr. *Roemer* hinwies, erstatte ich der verehrten Anstaltsdirektion lebhaften Dank.

Die mitbenutzten Akten des Großh. Landesarchives entstammen den Rubriken Baden Generalia, Medizinalanstalten und Pforzheim Stadt, Diener und Dienste, Waisenhaus, Zwangsanstalten, Irrenanst. (zitiert mit M.A., D.D., W.H., Z.A., I.A. und beigefügter Archivnummer), ferner die Protokolle der Waisenhausdeputation bzw. -Kommission (Protokollsammlung 10 279—10 302), von denen die Jahrgänge 1752—1754 und 1759—1779 erhalten sind (zitiert mit Prot. und beigefügter Jahreszahl). Für die liebenswürdige Unterstützung beim Gebrauch dieser Archivalien sage ich Herrn Geh. Archivrat Dr. *Obser* ergebensten Dank.

Außer der in Anmerkungen jeweils zitierten Literatur diente zur allgemeinen Orientierung *Kirchhoff*, Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege, Berlin 1890, ferner der ebenfalls von *Kirchhoff* bearbeitete historische Abschnitt in *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie sowie die hierher gehörigen Abschnitte in *Puschmanns* Handbuch der Geschichte der Medizin und vieles aus der in diesen Werken angegebenen Literatur. Die historischen Artikel in den „Illenauer Blättern" 1848 und 1849 (nur handschriftlich vorhanden) und im „Illenauer Wochenblatt" 1868—1896 fügen den in der anderen Literatur enthaltenen Angaben nichts Neues zu.

[1]) *Pflüger*, Geschichte der Stadt Pforzheim, Pforzheim 1862.

[2]) *Virchow*, Zur Geschichte des Aussatzes und der Krankenhäuser. Virch. Arch. Bd. 18/19.

fort einen vollwertigen Ersatz für das zerstörte Spital zu bauen,
t die Stadt Pforzheim durch den Staat enthoben worden. Als die
ı Rastatt eingeleiteten Friedensverhandlungen einige Aussicht
ıten, der in den Kriegsläuften bös mitgenommenen Markgrafschaft
ieder Ruhe zu gewähren, faßte **Markgraf Karl Wilhelm**
en Entschluß, in Pforzheim ein Waisen-, Zucht-, Siechen- und Toll-
aus zu errichten. Über die Frage der Kostendeckung ergingen zu
Beginn des Jahres 1714 Verhandlungen mit der Stadt Pforzheim,
ie das Ergebnis zeitigten, daß die Einkünfte des alten Spitals ebenso
vie die des St. Georgenstifts in den Dienst der neuen Anstalt gestellt
werden sollten [1]). Auch über die innere Einrichtung suchte man sich
us Beispielen zu unterrichten; Zeuge davon ist ein „Extract euro-
päischer Fama de 1713“ [2]) über das kurbrandenburgische Waisenhaus
zu Halle. So schien das Unternehmen mit genügender Umsicht vor-
bereitet. Daß der Erfolg zunächst den Erwartungen nicht entsprach,
ist nicht Schuld des Fürsten, der sich schon allein damit ein Denkmal
gesetzt hat, daß er in schwerer Bedrängnis der äußeren Politik Be-
mühungen zur inneren Wohlfahrt seines Landes nicht vernachlässigte.
Es mußte vielmehr die in der Anlage verfehlte mannigfaltige Zusammen-
setzung der schlecht zueinander passenden Bewohner um so mehr
die Zukunftsaussichten des Werkes trüben, als die vorangegangenen
Kriegszeiten wenig geeignet gewesen waren, Männer heranzubilden,
welche der Aufgabe gewachsen waren, ein so zusammengewürfeltes
Gebilde zu leiten.

Am 1. Mai 1718 fand in Gegenwart des Markgrafen die Einweihung
des Hauses mit großer Feierlichkeit statt, wobei 60 Arme zur Erbauung
der Bürgerschaft in Prozession von der Kirche in ihr neues Heim

---

[1]) Mit dem Jahr 1718 gehen die Rechnungsbücher der St. Georgen-
stiftungsverwaltung auf in denen des Waisenhauses (mit diesem Namen
wurde die Gesamtanstalt bezeichnet). Das Waisenhaus logierte im
St. Georgenstift anfänglich noch verschiedene Leute gegen Zins; doch
ist schon von den 50er Jahren ab die Rede davon, das baufällige Stift
abzubrechen, was endlich 1766 zur Ausführung kam (*Gerwig*, Die Alten-
stadt zu Pforzheim. Kirchl. Gemeindeblatt f. Pforzh. 1913, S. 1 u. 2).
Nach Prot. 1754 wurde es schon in diesem Jahr um 150 Gulden auf Ab-
bruch verkauft.

[2]) Ein Aktenfaszikel, welches über die Privilegien usw. der ge-
nannten Anstalt Aufschluß gibt, trägt diesen Titel.



geführt wurden. Die Ordnung für das Haus wurde erst am folgenden Tage unter dem Vorsitz serenissimi festgelegt.

Aufnahme sollten zunächst arme Waisen finden, doch konnten auch andere Kinder auf Wunsch ihrer Eltern in der Anstalt „zu guter Erziehung angehalten werden“. Des weiteren wurden verpflegt „allerhand Leute ohne Unterschied von Alter und Geschlecht, die ohne eigenen Besitz und nicht mehr imstande waren, sich ohne fremde Hilfe den Lebensunterhalt zu verschaffen, sowie Pfründner, selbst Ehepaare, die ihr Gut zum Besten der Armen vermachten, wobei man „die Proportion nach ihrem zugebrachten Vermögen observieren wollte.“

Ferner war die Anstalt bestimmt für: „arme Presthafte und Elende an Leib und Gemüt, sie mögen entweder gar nichts im Vermögen haben, oder aber wenig oder viel besitzen; alle sollen nach Befinden ihres Vermögens oder ihres Zustands besorgt werden“. Unter diesen sind die Geisteskranken, die armen Presthaften am Gemüt, einbegriffen; so befindet sich 1720 unter 200 Insassen ein Verwirrter, „für dessen Wartung dem Hausmeister ein Extra-Douceur“ zusteht, ferner ein Melancholicus und mehrere Epileptici. Eine besondere Ordnung für Geisteskranke findet sich nicht; sie waren offenbar im Prinzip den anderen Kranken gleichgestellt. Auch besaß die Pforzheimer Anstalt vor vielen gleichzeitigen Tollhäusern[1]) den Vorzug, daß sie nicht nur armen Geisteskranken offen stand, sondern auch den zahlungsfähigen Gelegenheit bot, hier einen Ersatz für die meist noch weniger genügende Privatpflege zu finden. Nach der Errichtung eines eigenen Zuchthausgebäudes[2]) wurden Tobsüchtige dort untergebracht, die ihnen hier angewiesenen Zimmer werden jedoch geschildert als „finstere verdumpfte Ställe oder fürchterliche Spelunken, worinnen der gesundeste Leib verderben muß“ [3]). Ruhigere Kranke fanden nach wie vor im Waisenhause Wohnung.

[1]) Artikel „Tollhaus“ in: Großes, vollständiges Universallexikon aller Wissenschaften und Künste usw. Leipzig und Halle bei Joh. Zedler, 1743 ff.

Der Artikel „Zuchthaus“ des Universallexikons kennt die Bestimmung des Zuchthauses zum Strafvollzug bei Kriminellen erst in letzter Linie als Neueinführung einiger Territorien und noch in Debatte stehend.

[2]) Im Jahre 1725 (Z.A. 2802).

[3]) Z.A. 2780.



Es ist ja bekannt, daß mit fast allen Zuchthäusern des 18. Jahrhunderts ein Tollhaus mehr oder weniger eng verbunden war [1]); es finden sich da alle Abstufungen von zwei getrennten Baulichkeiten, welchen nur die oberen Beamten gemeinsam sind, bis zur Unterbringung von Irren und Züchtlingen unter demselben Dach. Ein Verständnis für diese befremdende Nebeneinanderstellung ist nur aus der Kenntnis der Entwicklung des Zuchthauses zu gewinnen, das bei seinem ersten Auftreten noch durchaus den Zweck vertrat, von dem es den Namen lieh: den des Ziehens, Erziehens. So wurden in das Pforzheimer Zuchthaus „eingenommen alle und jede in hiesigen Landen sich befindende Unbändige, Ungehorsame, Halsstarrige, Böse und Lasterhafte, wie auch verschwenderische und liederliche Haushalter, so der Welt nichts nutzen, sondern anderen nur bös Exempel mit Fluchen, Spielen, Müßiggang und dergleichen geben". Sie sollten zu gehöriger Arbeit angehalten werden, ihrem üblen Verhalten nach mit allem Ernst und Nachdruck unter guter Verwahrung traktiert und bis zur Besserung behalten werden.

Das Zuchthaus war also anfänglich keine Einrichtung der Justiz-[2]), sondern der Verwaltungsbehörden, da und dort sogar ein Privat-

---

[1]) Nicht nur in Deutschland; in Frankreich und England verhielt es sich ebenso. (Vgl. u. a. *Sémelaigne*, Aliénistes et Philanthropes. Les Pinel et les Tuke, Paris 1912.)

Die eingehendere Betrachtung der Ursprünge des Zuchthauses an dieser Stelle soll den Schlüssel zum Verständnis der Zuchthausirrenpflege bieten. In der historischen Literatur der Irrenpflege ist m. W. nirgends deutlich genug die Allgemeingültigkeit der Tatsache hervorgehoben, daß das Zuchthaus in seinen Anfängen nicht nur nach seinen Insassen, sondern vor allem auch nach seinem Zweck vom heutigen bedeutend verschieden, ja etwas ganz anderes ist. Stellt man sich aber die Idee des damaligen Zuchthauses unter dem Bilde der Anstalt vor, die heute diesen Namen trägt, so wird man der Zusammenstellung von Irren und Züchtlingen nicht gerecht werden können. Herrn Prof. Dr. *Roller* in Karlsruhe, der mich auf diese Dinge aufmerksam gemacht hat, bin ich zu großem Dank verpflichtet.

[2]) Im deutschen Strafrecht des 18. Jahrhunderts galt formell noch überall die peinliche Halsgerichtsordnung Karls V., welche noch keine Freiheitstrafen kannte (die Gefängnisse dienten der Untersuchungshaft). In der Rechtsanwendung wurden jedoch die Leibesstrafen immer weitergehend durch Zuchthaus und Landesverweisung verdrängt.



unternehmen. „Erst allmählich und ohne gesetzliche Regelung werden die Zuchthäuser zu Strafanstalten, wodurch der Strafvollzug den Gerichten entrückt zu einer reinen Verwaltungsangelegenheit wurde"[1]). Für die Unterbringung im Zuchthaus war ausschlaggebend die Gemeingefährlichkeit, eben die Eigenschaft, welche der Geisteskranke mit dem Züchtling gemeinsam hat. In zweiter Linie entsprach das damalige Zuchthaus der heutigen Zwangserziehungsanstalt.

Im Laufe seiner an verschiedenen Orten verschieden schnell fortschreitenden Entwicklung splitterte das Zuchthaus in Arbeitshaus und Zuchthaus im heutigen Sinne auf. Der ursprüngliche Name blieb dabei an der Anstalt haften, in welcher der Zweck zu bessern und unschädlich zu machen immer mehr hinter der Absicht zu strafen zurücktrat. Den Charakter des Unehrenhaften[2]), den diese damit gewann, übertrug sich dabei leicht auf das beigesellte Tollhaus, dessen unfreiwillige Gäste heute noch mancherorts unter der Last leiden, die ihnen diese Entwicklung, ohne es zu wollen, aufgeladen hat. Und dem Zuchthaus sucht eine moderne Bewegung die ursprüngliche Bedeutung wieder zu erneuern.

Im Lichte dieser Betrachtung verliert die Zusammenstellung Zucht- und Tollhaus an Seltsamkeit ihres Aussehens. Sie dienten eben beide der Unterbringung der sozialen Invaliden, und das arbeitscheue Landstreichertum, zu dessen Bekämpfung das Zuchthaus in erster Linie bestimmt war, hatte wohl damals ebensogut wie heute in vielen Fällen seine Wurzeln in pathologischen Anlagen[3]), für deren

---

[1]) *Holzendorff* und *Jagemann*, Handbuch des Gefängniswesens. Hamburg 1888.

[2]) Noch 1816 galt im Braunschweiger Zuchthaus die Bestimmung, daß niemand aufgenommen werden durfte, der eine entehrende Strafe erlitten hatte. (Popul. Aufs. eines Irrenarztes im Jahre 1816, mitgeteilt durch *Berkhan* in Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 36, 1880.)

[3]) Es wäre wenig zuverlässig, aus den vorhandenen kurzen Bemerkungen diagnostische Schlüsse zu ziehen. Andeutungweise sei erwähnt, daß z. B. in der Zigeuner- und Gaunerliste des Sulzer Oberamtmanns *Schäffer*, Stuttgart 1787, unter 347 Personen 1 als wahrer Simpel nicht vernehmungsfähig, 1 besessen, 3 Stotterer (Angehörige von zwei verschiedenen Familien) sind, 1 beständig lacht und 1 suizidal endigt. Es liegt nahe anzunehmen, daß nur die allerauffälligsten Besonderheiten genannt sind.



ısleben jene Zeit günstiger war, als die im Zeichen einer strafferen ·dnung stehende Gegenwart.

Mit diesem Versuch, das Zuchthausirrenwesen dem Verständnis ıher zu bringen, sollen seine Fehler keineswegs geleugnet werden; ıch liegen diese nicht ausschließlich im System selber. Wir finden ute noch unangegriffen ähnliche Zusammenstellungen, z. B. in den den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts neu gegründeten Stuttarter „Armenhaus-Bauten“[1]), wo Armenhaus, Armenbeschäftigungsnstalt, Asyl für Obdachlose mit Pfründnerheim, Krankenhaus und rrenanstalt, zu einer Baugruppe unter einer Verwaltung vereinigt ind. Es fehlt hier nur wenig, um die Ähnlichkeit dieser Zusammentellung mit den Pforzheimer Einrichtungen vollständig zu machen. Der Vergleich verdeutlicht auch, daß die etwaigen Nachteile der Verkoppelung dieser Anstalten jeweils davon abhängen, in welchem Maße ihre verschiedenen Pfleglinge einander ausweichen können. Wo natürlich die Irren und Züchtlinge im selben Haus untergebracht waren, war die Möglichkeit einer reinlichen Scheidung außerordentlich gering, und bei engstem Gemeinschaftsleben konnten Zusammenstöße nicht ausbleiben. Genossen doch zum Beispiel in Braunschweig die Irren den zweifelhaften Vorzug, von den Gefangenen gewartet zu werden[2]). Im Interesse der Geisteskranken ist zu beklagen, daß „der rohe Züchtling doch nur selten so vernünftig zu sein pflegt, soviel Gefühl für den Zustand der Unglücklichen zu haben und soviel Schonung zu beweisen, daß er nicht trotz aller strengen, deswegen ergangenen Verbote, sein Spiel mit ihnen treiben und die Ideen, die den Wahnsinn in Bewegung setzen, rege machen sollte“[3]). Und auf der anderen Seite vermißt der Jurist den wirksamen Strafvollzug:

[1]) *Fauser*, Bürgerhospital und Armenbauten in *Deahner*, Führer durch die Anstalten zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege in der Haupt- und Residenzstadt Stuttgart, 1895.

[2]) Populärer Aufsatz usw. s. a. a. O. Braunschweig ist auch dadurch interessant, daß das Irrenhaus das ältere ist, dem das Zuchthaus erst später angegliedert wurde. (*Krüger*, Zur Geschichte der Irrenanstalt in Braunschweig. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 21, 1864.)

[3]) *Wagnitz*, Historische Nachrichten und Bemerkungen über die merkwürdigsten Zuchthäuser in Deutschland. Nebst einem Anhange über die zweckmäßigste Einrichtung der Gefängnisse und Irrenanstalten. Halle 1791. Bd. II, 2. Hälfte, S. 254.



„In Celle profitierten augenscheinlich die Züchtlinge von der Gesellschaft ihrer unglücklichen Genossen und finden im Zuchthaus eine Behandlung, die teilweise mehr für Pfründner wie für Sträflinge paßte“ [1]).

Erklärlicherweise gingen in den meisten kombinierten Anstalten die Zustände des Tollhauses denen des Zuchthauses parallel, so daß die Kenntnis des im letzteren herrschenden Betriebs Rückschlüsse auf die Verhältnisse im ersteren gestattet. Verbesserungen des Zuchthauswesens mußten infolge der gegenseitigen Verkettung auch dem Tollhaus Früchte bringen; und so kann es nur als eine in der gemeinsamen Entwicklung organisch bedingte Tatsache, nicht aber als charakteristisches Zeichen [2]) einer darniederliegenden Irrenpflege angesehen werden, daß *John Howard*, der große Reformer des Gefängniswesens [3]), an den Orten, an welchen beide im gleichen Elend schmachteten, mit dem Verbrecher auch den Geisteskranken erlöste. Daß die Zustände der vielen Anstalten weitgehende Unterschiede aufweisen, bezeugen schon die Zeitgenossen, welche die einen mit Abscheu verdammen und den anderen, allerdings seltenen, ihre Anerkennung zollen. Daher verbietet es sich, über die Zuchthausirrenpflege als solche ein Gesamturteil in Bausch und Bogen zu fällen, welches nur Licht und Schatten zu undeutlichem Grau verwischen könnte.

Angesichts der gegenseitigen Wechselbeziehungen sind im vorliegenden die Angelegenheiten der Irren nicht für sich herausgeschält worden; der kleine Ausschnitt, welchen das Tollhaus im Gemälde der Gesamtanstalt bildet, gewinnt durch die Betrachtung des Ganzen das den wirklichen Verhältnissen entsprechende Leben, und der Geist, welcher über den anderen Zöglingen waltete, war derselbe, der auch über die Geisteskranken gebot.

---

[1]) *Streng*, Studien über die Entwicklung, Ergebnisse und Gestaltung des Vollzugs der Freiheitsstrafe in Deutschland. Stuttgart 1886.

[2]) *Neumann*, Über die öffentliche Irrenpflege im 18. und 19. Jahrhundert. Janus, Jahrg. 1853.

[3]) *John Howard*, The state of the Prisons in England and Wales, with preliminary observations and an account of some foreign Prisons. — Warrington 1774. (Enthält Beschreibung der Mannheimer Anstalt, über die Pforzheimer nichts.)

Die Beamtenorganisation der Pforzheimer Anstalt [1]) war recht rwickelt. Die Oberaufsicht lag in Händen eines Fünferkollegiums, is wieder dem Almosensenat unterstand; daneben griff auch der arkgraf persönlich in den Geschäftsgang ein. In dem Kollegium itten Sitz und Stimme der Direktor — später kam ihm der Titel erwalter zu — und der Pfarrer, die beide an sich gleichgestellt waren, as zu Kompetenzkonflikten besonders dann führte, wenn ein haus-älterisch veranlagter Inhaber des geistlichen Amtes der Ökonomie er Anstalt seine Hilfe leihen wollte. Der Direktor war wie die meisten brigen „Offizianten" verheiratet und wohnte wie alle diese im Hause elbst. Da kein Beamter eine private Haushaltung führte, so standen hre Frauen alle für den Dienst der Anstalt zur Verfügung. Die Um-grenzung der verschiedenen Ämter mutete dem einzelnen eine ziem-liche Vielseitigkeit zu. So hatte der vorhin erwähnte Hausmeister in der Hauptsache das Wirtschaftswesen zu besorgen und war daneben noch Aufseher über die Züchtlinge. Die Krankenwärterin war vor allem mit der Pflege der Kinder beschäftigt, die schon als ganz klein aufgenommen und in einer besonderen Kinderstube untergebracht wurden; gegebenenfalls wurde für Säuglinge eine Amme gedungen. Später wird auch eine besondere Kinderfrau erwähnt [2]).

Sämtliche Insassen der Anstalt sollten bestimmunggemäß die Mahlzeiten gemeinsam einnehmen. Die Speise- und Weinordnung sieht drei Klassen vor, deren Speisezettel ein für allemal für jeden Wochentag festgelegt ist. Am dritten Tisch gab es dreimal in der Woche Fleisch, dabei wurde auf drei Personen ein Pfund abgegeben. Vom Wein wird auf die Person je nach der Stellung ½ bis ein Schoppen gerechnet; die Armen und die Kinder vom 6. bis 12. Jahr erhalten ¼ Schoppen täglich; die ganz kleinen erhalten gar keinen. Eigen-tümliche Beleuchtung erfahren die Zustände bei den Mahlzeiten durch eine Verordnung von 1748, wonach „zur Beseitigung der Unreinlichkeit am Tisch in Zukunft die nötigen Teller, Messer und Gabeln angeschafft werden sollen". Über die Vorgänge in der Küche kamen häufige

[1]) Die allgemeinen Verhältnisse der Verwaltung und Hygiene sind für alle Anstaltsinsassen, also auch für die Geisteskranken, die gleichen. Eine ernstgemeinte Therapie der Psychosen scheint erst in der 2. Hälfte des Jahrhunderts eingesetzt zu haben.

[2]) Bericht vom 5. Dezember 1727.





Beschwerden, insbesondere über die Reinlichkeit des Personals und über das Aussehen der Kessel. Das Wasser für alle Zwecke stammte aus „dem vorbeifließenden Bache, in welchem sowohl wegen der daran befindlichen allerhand Hantierungen als auch der daran befindlichen Wäsche immerdar vieler Unrat mitgeführt und die Unsauberkeit darinnen fortgeflößet wurde“ [1]). In den Speichern wurde ein dauernder, offenbar erfolgloser Krieg gegen die „Käfervögel und Kornwürmer“ geführt, für deren Vertilgung vielerlei unfehlbare Rezepte verschrieben wurden. Am schlimmsten muß es mit der Beseitigung der Abfallstoffe gestanden haben; immer wieder kamen Erlasse ähnlichen Inhalts: „Damit auch hinfürder die Unfläterei im Hause abgestellt werde, so soll derjenige, welcher jemand anzeiget, daß er nicht auf den gehörigen gegangen, sondern seine Sachen im Gang fallen oder fließen lassen, jedesmal einen Kreuzer bekommen.“ „Es soll keiner seinen Urin zum Fenster hinaus abschlagen noch sonstigen Unflat dadurch werfen [2]).“

Unter den Züchtlingen überwogen schon bald an Zahl die verurteilten Verbrecher, von welchen dann die in der ursprünglichen Ordnung als Züchtlinge bezeichneten Individuen als Sträflinge oder Korrektionäre mehr dem Namen nach als in der Tat unterschieden wurden. Das Zuchthaus war ein viereckiges Gebäude, dessen Fenster nur nach einem in der Mitte gelegenen Lichthofe gingen; „die daraus entspringende Unbequemlichkeit wurde noch dadurch vermehrt, daß die heimlichen Gemächer keinen Ablauf hatten, mithin den Hof und alle Zimmer auf die unleidlichste Art mit ihrem Geruch erfüllten.“ Da keine Arbeitsräume im Hause vorhanden waren, so brachten die Insassen wenigstens die Beschäftigungszeit außerhalb zu [3]). Als Kost vorgeschrieben war die des dritten Tisches ohne Fleisch; von letzterem wurde nur Sonntags ¼ Pfund für jeden Mann verabreicht. Die Kost der Korrektionäre richtete sich nach ihrer Zahlungsfähigkeit, so wurde auf Befehl des Markgrafen ein ehemaliger Zollinspektor „um seines geführten Lebens und verfertigter vieler pasquillantischer Schriften halber rezipiert, der darinnen Wollen kratzen und schlampen

[1]) Bericht vom 18. Januar 1744.
[2]) Ordnung von 1748.
[3]) Z.A. 2780.



soll, jedoch sein ordinaires Pfründner-Essen zu genießen habe"[1]). Er muß es mit seinen Schreibereien schon recht weit getrieben haben und dürfte wohl ein pathologischer Querulant gewesen sein.

Bei ihrem Eintritt und beim Verlassen des Hauses wurden die zur Zuchthausstrafe verurteilten Verbrecher mit 25 Stockschlägen als „Willkomm und Abschied belegt," einer allgemein üblichen Zugabe, die öfter vermehrt als erlassen wurde. Auch war der Zuchtmeister zur Erhöhung des Arbeitseifers seiner Untergebenen mit der Peitsche ausgerüstet. Die Gesundheitsverhältnisse der Züchtlinge entsprachen der schlechten Behandlung und Verpflegung; doch kam wenigstens von den berüchtigten Gefängniskrankheiten jener Zeit, Skorbut und Kerkerfieber, nur ersterer vor[2]). Auch das Krankenhaus genügte seinem Zweck in keiner Weise und war stets überfüllt; „es hat nicht anders als unflätig sein können, weil es keine hinlänglichen Separationen hat, wohin man die Kranken von beiderlei Geschlecht oder von diversen Zuständen separieren könnte[3])." Auch diente es als Lazarett für die wegen eines Privilegienstreits mit der Regierung in Pforzheim einquartierten Truppen. Über die darin herrschenden Zustände berichtet Dr. *Lamprecht*, daß es „mehr einem Wacht- als Krankenhaus gleiche, indem sowohl von dem unartigen Krankenwächter als anderen in denen Stuben und Bettern Tabak geraucht und den wirklich Kranken die größte Inkommodität verursacht wird, woraus zuletzt die größte Brandgefahr entstehen dürfte. Fast alle Mannsbilder von dem Torwart bis auf den Epileptikum und elendesten Menschen prätendieren dieses als eine Gerechtigkeit". Daraufhin wurde verordnet, daß das Rauchen zwar nicht abzuschaffen, aber einzuschränken sei, „hingegen absolute nicht zu tolerieren, daß einige sich des Tabakrauchens in denen Bettern bedienen dürften, wenn auch gleich die Pfeifen mit Deckeln versehen wären"[4]).

Als Medizinalperson[5]) war im Beginn nur ein Chirurgus angestellt, und zwar wurde bei Vergebung der Stelle der ehemalige Feldscherer

[1]) Dekret vom 20. Mai 1748.

[2]) Ein besonderes Attest des Chirurgus über drei Skorbutfälle vom 13. Juli 1727.

[3]) Z.A. 2780.

[4]) Bericht vom 14. und Dekret vom 20. August 1750.

[5]) Die folgenden Angaben entstammen den Illenauer Akten, Diener und Dienste, medici und chirurgi betreffend.

Georg Wilhelm Schmidt deshalb bevorzugt, weil er als Zunftmitglied berechtigt war, einen Jungen des Waisenhauses als Lehrling anzunehmen.

Seine Obliegenheiten erstreckten sich zunächst auf alle vorkommenden Barbierverrichtungen; bei seinem täglichen Besuch im Haus sollte er „die Kranken von den Gesunden separieren und ins Krankenhaus legen, damit alle Ansteckung so viel als möglich verhütet werde“ [1]). Ferner sollte er vierteljährlich eine hygienische Gesamtrevision des Hauses vornehmen und darüber berichten. Auch eine Hausapotheke war ihm anvertraut; die Medikamente dafür waren aus der Karlsruher Hofapotheke zu beziehen [2]). Als Chirurgus war er nicht berechtigt, innere Mittel zu verschreiben — nur die Behandlung der Epileptiker war ihm offiziell übertragen —, doch überschritt er seine Kompetenz zu wiederholten Malen und wurde deshalb von dem Amtsphysikus und dem Apotheker angezeigt. Die Regierung begnügte sich damit, ihm einen Verweis zu erteilen und nachdrücklich auf eine Verordnung von 1712 aufmerksam zu machen „über das medizinische Praktizieren verschiedener Personen, denen die Adhibierung innerer Mittel nicht erlaubt, sondern verboten sei“.

Die gelinde Bestrafung mit dem bloßen Verweis läßt vermuten, daß man damals noch in Baden auf eine energische Durchführung des hier wie anderswo wenig aussichtsreichen Kampfes gegen das Kurpfuschen der Wundärzte verzichtete. Erst in den 60er Jahren des 18. Jahrhunderts setzte man die Chirurgen unter schärfere Zucht [3]). *Georg Wilhelm Schmidt* wurde 1735 von einer Epidemie — wahrscheinlich Typhus — hinweggerafft; seine Witwe bat in einem langen Schreiben in welchem sie *Tulp*s stolzen Spruch „aliis inserviendo consumor“ auf ihren verstorbenen Mann anwandte, um die Erlaubnis unter Zuziehung eines Gesellen für die Barbierstube die Chirurgica weiter treiben zu dürfen, bis ihr ältester Sohn seine Ausbildung in der Fremde beendet hätte. Dieser Eingabe willfahrte die Regierung; und von da an blieb das Amt des Waisenhauschirurgen bis 1806 in derselben Familie, wobei der Fall, daß eine Witwe das Geschäft ihres Gatten

[1]) Erlaß des Markgrafen vom 3. Oktober 1724.

[2]) Erlaß vom 28. Oktober 1720.

[3]) *Von Drais*, Geschichte der Regierung und Bildung von Baden unter Carl Friederich vor der Revolution. Karlsruhe 1818.



vorläufig weiter führte, sich noch zweimal wiederholte. Das Gehalt des Chirurgen stieg in diesem Zeitraum von 75 Gulden auf 140 Gulden nebst 6 Klafter Holz.

In der Interimzeit von 1735 hatte der Stadtapotheker die Besorgung der Waisenhausapotheke mitübernommen, wobei diese unmerklich einging, so daß man alles aus der Stadt beziehen mußte, bis 1748 wieder eine Waisenhausapotheke neu eingerichtet wurde [1]). Auch die Vierteljahrsschau wurde der Witwe abgenommen und blieb von da an dem Amtsphysikus vorbehalten, welchem deshalb zu seinem Physikatsgehalt von 250 Gulden ein Zuschlag von 37½ Gulden bewilligt wurde. Dafür mußte er auch alle auf ihn fallenden Verrichtungen im Waisenhaus unentgeltlich besorgen, während er vorher bei seiner jeweiligen Zuziehung besondere Rechnung ausgestellt hatte. So hatte z. B. Dr. *Zachmann* für eine Legalsektion 6 Gulden, für eine Paracenthesia abdominis bei Aszites jedesmal 3 Gulden verlangt.

Die für das kombinierte Institut festgesetzte Ordnung wurde gleich als Druckschrift [2]) herausgegeben und an alle Ortschaften in Baden-Durlach versandt. Sie sollte, um die wohltätige Einrichtung allseits bekannt zu machen, von allen Kanzeln verlesen werden. Der Erfolg dieser Maßnahme übertraf alles Wünschenswerte: eine rasch zunehmende Überfüllung setzte ein, so daß die vorhandenen Räume bald nicht mehr ausreichten. Eine Zusammenstellung aus dem Jahre 1731 [3]) nennt 246 Insassen, und zwar 17 Offizianten, 18 Züchtlinge, 47 Waisen und Pfründner und 164 Arme. Auch nach späterer Festsetzung des numerus recipiendorum auf 200 [4]) wurde diese Zahl stets überschritten. Dabei verlor die ursprüngliche Raumeinteilung bald ihre Geltung; alles logierte durcheinander, „woraus mancherlei Unordnung und Unsittlichkeit“ entstand.

Für die Bestreitung der Kosten der Anstalt bildeten die vom ehemaligen Spital und vom St. Georgenstift und verschiedenen anderen

[1]) W.H. 2569.

[2]) Kurzer Bericht über die gegenwärtige Verfassung des Waisenhauses in der hochfürstl. markgräfl. Baden-Durlachischen Stadt Pforzheim. Durlach, bei Th. Hecht, 1718.

[3]) Beschreibung der im Haus befindlichen Personen nebst Kostverrechnung vom 23. August 1731.

[4]) W.H. 2561.



Sondersiechenhäusern [1]) übernommenen Einkünfte den Grundstock; dazu gehörten eine Reihe von im ganzen Land erhobenen Taxen und gesammelten Almosen [2]). Die von den Pfründnern beigebrachte Summe spielte im Budget des Hauses nur eine geringe Rolle, da die Armen weitaus überwogen. Dagegen waren die im Haus selbst untergebrachten Fabriken von Anfang an eine wichtige Einnahmequelle. Zuerst bestand nur eine Tuchfabrik, für die Wolle gesponnen und verarbeitet wurde, später kamen Strumpfstrickerei, Leineweberei und Färberei hinzu. Die Züchtlinge arbeiteten 12 Stunden des Tags, die Waisen und Armen „nach Befinden ihrer Leibesbeschaffenheit". Bei der Dehnbarkeit dieser Bestimmung mußte wiederholt in Erinnerung gebracht werden, daß „bei der den Hausbewohnern zugeteilten Arbeit eine vernünftige Diskretion gebraucht und niemand über Gebühr belastet werden soll". Auch die Geisteskranken suchte man zur Arbeit auszunützen. Man wird wohl annehmen müssen, daß die Zeiteinteilung der Waisen kaum unseren modernen Gesetzen über die Beschäftigung jugendlicher Personen entsprochen haben wird. Auch der Schulunterricht dürfte größere pädagogische und hygienische Anforderungen nicht erfüllt haben. — Einmal wurde ein Waisenhausschulmeister als ungeeignet für sein Amt bezeichnet, weil er „am rechten Arm völlig lahm und allzu indolent ist, mithin die gebührende Schärfe nicht adhibieren kann" [3]). Unterrichtsgegenstände waren anfänglich nur Christentum und Lesen und Schreiben. Erst nach 30 jährigem Bestehen der Schule kam auch Rechnen dazu. Bei Gelegenheit dieser Neuerung wurde von einem ideal gesinnten Geistlichen beantragt, auch das Lateinische dem Lehrplan einzufügen. Doch entsprach die Regierung diesem Vorschlag nicht, da „der in dem Waisenhaus zu erziehenden Jugend nichts weniger als das Lateinische etwas nutz ist, sondern solche zu Handwerkern und gemeinen Diensten

---

[1]) Hochburg, Badenweiler, Röteln, Sausenburg und Eimeldingen (Akten Rechnungssachen).

[2]) Z. B. Zunfttaxen, Musikerlaubnistaxen bei Hochzeiten, Juden-Annahmetaxen usw. (Da es nicht Absicht dieser Arbeit ist, auf das Finanzwesen der Anstalt näher einzugehen, so machen diese Angaben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es würde im Rahmen einer medizinischen Betrachtung viel zu weit führen, die Rechnungsakten voll auszuschöpfen.)

[3]) Dekret vom 20. Mai 1748.

stiniert ist“ [1]). „Um mehrerer Bewegung zu genießen, soll die
nuljugend jederzeit nach dem Mittagessen zur Tragung gespaltenen
heiterholzes von dem Hof in das Haus angehalten werden.“ Mit
n 14. Lebensjahr war die Schulpflicht beendet; die Mädchen wurden
nn für die Haushaltung herangebildet, während die Knaben bei einem
:Fabrikwerkmeister oder einem Handwerker teils in der Anstalt, teils
der Stadt in die Lehre kamen, aber Wohnung im Haus behielten.

Zur Aufrechterhaltung der Fabrikbetriebe reichten die im Haus
sässigen Meister nicht aus; es mußten vielmehr noch Gesellen aus
r Stadt zugezogen werden, welche die allgemeine Unordnung nur
rmehrten. Alle diese ungünstigen Umstände wurden noch ver-
hlimmert durch die Uneinigkeit der Angestellten und den oft durch
eruntreuungen und Nachlässigkeit veranlaßten häufigen Wechsel
es Personals sowie durch die Untätigkeit der Pfründner. Auch aus-
iebige Anwendung von Strafen vermochte dem Übel nicht zu steuern.
[an strafte bei Kindern wie bei Erwachsenen mit Verkürzung und
ntziehung der Kost, Klotz und Kaskett tragen und Schlägen; Nicht-
ichtlinge konnten schließlich noch ins Zuchthaus eingesperrt oder
rjagt werden.

Auch unter dem Markgrafen Karl Friedrich, der nach
ngerer vormundschaftlicher Regierung 1746 den Thron bestieg,
llten die darniederliegenden Funktionen des Hauses keinen rechten
ifschwung nehmen. Eine Änderung der Aufsichtsbehörde und Zer-
rung in verschiedene Ressorts erhöhten nur die Schwerfälligkeit
s Apparats und schufen neue Möglichkeiten zu Komplikationen.
entschloß man sich denn 1752 zu einem gründlicheren Eingriff:
e Leitung des Hauses wurde in die Hände einer Regierungskommission
t dem Sitz in Karlsruhe gelegt; diese entließ alsbald die meisten
igestellten außer dem Pfarrer, Verwalter, Medikus und Chirurgus,
lche Beamte jedoch gegenüber der Kommission so gut wie gar keine
lbständigkeit behielten. Eine vollständige Neuordnung für die
istalt wurde festgesetzt, welche im Auftrag der Regierung im Jahre
59 von dem Geheimrat *Reinhard*, der sich am meisten Verdienste
ı das Haus erworben hatte, veröffentlicht wurde [2]). Sein Buch

[1]) Dekret vom 1. Juni 1744.

[2]) Umständliche Nachricht von dem Waisenhause, wie auch Toll-
d Krankenhause zu Pforzheim, ingleichen von dem Zucht- und Arbeits-
use daselbst. Karlsruhe 1759.



gibt jedoch kein getreues Abbild der Wirklichkeit; es ist vieles darin geschildert, was nie in die Tat umgesetzt wurde.

Um dem Platzmangel abzuhelfen, wurde ein neues Zuchthaus gebaut und das alte zum Tollhaus [1]) hergerichtet, indem eine Seite ganz niedergerissen wurde, so daß eine Hufeisenform entstand; an den Außenwänden wurden Fenster durchgebrochen. Zur Beseitigung der Abfallstoffe wurden unter den verschiedenen Bauten Kanäle durchgeführt, welche ihr Wasser ohne weitere Klärumstände dem Eichmühlkanal, aus dem es stammte, zurückgaben; an der Einmündung war eine Stellfalle angebracht, welche alle Sonntage und auch sonst, „wenn es ohne Abbruch der Mühlen geschehen konnte", aufgezogen wurde.

Durch die getrennte Unterbringung der Irren und Siechen im Tollhaus und der Züchtlinge und Korrektionäre im neuen Zuchthaus hoffte man im Waisenhaus um so eher zu geordneten Zuständen zu kommen, als man nur mehr Waisen und Findelkinder aufnehmen wollte. Die Pfründner [2]) wurden auf die Aussterbeliste gesetzt, und man glaubte mit Abschaffung der freiwilligen Gäste die Zurückbleibenden, deren Aufenthalt im Haus von der Not diktiert war, einer schärferen Disziplin zugänglich. Die erhoffte Vereinfachung der Küche trat nicht ein, da man neben der Armen-, Kranken- und Offiziantenkost den „ordinären und den besseren Schüsselinstisch" [3]) führte. Letzterer war bestimmt für die Kostgänger, Leute beiderlei Geschlechts, welche teils wegen Geisteskrankheit, teils „zur Korrektion" auf Kosten ihrer Angehörigen im Haus verwahrt wurden. Sie hatten je nach Umständen ihre Wohnung im Zucht- oder im Waisenbau, wo nötigenfalls Gitter vor ihren Fenstern angebracht wurden. Später wurde die Lieferung der besseren Kost an einen Pforzheimer Wirt vergeben.

[1]) Z.A. 2800. Das Tollhaus stand am Platz des sogenannten Damenbaues der gegenwärtigen Heil- und Pflegeanstalt; Waisenhaus, Zuchthaus und die später zu erwähnenden Fabrikgebäude sind im Gebrauch der Anstalt und mit Kranken belegt.

[2]) Die in den späteren Kostlisten W.H. 2515 erwähnten Pfründner sind Kranke, welche den „ordinairen Schüsselinstisch" genießen, die darin erwähnten Armen sind die unbemittelten Irren und Siechen.

[3]) W.H. 2581.



Die Waisenhausküche, in welcher weibliche Züchtlinge als Mägde wirkten, bereitete die Mahlzeiten für die ganze Anstalt. Ins Zucht- und Tollhaus wurde das Essen in Holzkübeln gebracht, welche 1774 als ekelhaft durch verzinnte Kupferkessel ersetzt wurden. Die Aufbewahrung und das Spülen des Geschirrs fand eine Zeitlang im Krankenhause statt. Das Wasser für alle Gebrauchszwecke wurde einem im Hof neuangelegten Pumpbrunnen entnommen, doch mußte wiederholt gemahnt werden, ihn auch wirklich zu benutzen. Auch sonst wollten trotz der neuen Bestimmungen Ordnung und Reinlichkeit im Waisenhaus nicht so recht ihren Einzug halten. Insbesondere machten die Kostgänger, denen nach längerem Aufenthalt immer größere Freiheiten gewährt wurden, dauernd Schwierigkeiten. Ein eigens für sie erbautes Haus wurde alsbald nach seiner Fertigstellung den Fabriken verpachtet [1]), deren Selbstführung im Jahre 1753 aufgehört hatte, indem sie an Unternehmer aus der Stadt verkauft worden waren [2]). 1767 wurde außerdem von zugereisten Unternehmern, welche es verstanden hatten, bei der Regierung große Hoffnungen zu erwecken, eine Uhrenfabrik sowie Werkstätten zur Herstellung feiner Gold- und Stahlwaren, unter anderem auch chirurgischer Instrumente, in einem besonderen Gebäude eröffnet [3]). Für alle diese Werke arbeiteten die Insassen des Waisenhauses [4]); und zwar die Kinder sommers 5 Stunden, winters 3, während 5 Stunden der Schule gewidmet waren, und die Erwachsenen bis über 10 Stunden täglich.

[1]) W.H. 2471.

[2]) Akten Fabrikensachen.

[3]) Der mehr abenteuernde Charakter der Persönlichkeiten, die diese Werke begonnen hatten und fortführten, verschuldete einen unsteten Wechsel von Auf- und Niedergang. (Näheres hierüber bei *R. Gerwig* Zur Zentenarfeier des Todesjahres des Markgrafen Karl Friedrich von Baden. Kunstgewerbeblatt des Kunstgewerbevereins Pforzheim, 18. Jahrg. 1911, und bei *Pflüger* a. a. O.) — Weder die Waisenhauskasse noch die Regierung kamen dabei auf ihre Rechnung. Aber der Industriezweig als solcher faßte von diesen Gründungen aus Fuß in der Stadt; ausländischer Unternehmungsgeist wurde durch deutsche Tüchtigkeit ersetzt, und die Industrie des heutigen Pforzheim hat ihre Wurzeln in den damaligen Versuchen zur Ausnützung der Arbeitskräfte des Waisen- und Zuchthauses.

[4]) Die Waisen sollten 6 Jahre zu Nutzen der Kompagnie und dann 2 Jahre für die Waisenhauskasse arbeiten. Daher blieb dem Waisenhaus



Der Gesundheitszustand der Waisenhauszöglinge scheint zu gewöhnlichen Zeiten kein übermäßig schlechter gewesen zu sein. Häufigere Erwähnung finden angeschwollene Halsdrüsen, chronische Augenleiden und andere Zeichen von Skrofulose, sowie geistige Beschränktheit. Zu Zeiten von Epidemien wurde allerdings das Waisenhaus sehr stark betroffen, da die Kinder in den im Waisenhaus und im neuen Zuchthausgebäude frisch angelegten Schlafsälen zu dreien in einem Bett lagen. Unter diesen Umständen waren alle Vorschriften der raschen Isolierung Erkrankter ergebnislos. Nur die Bekämpfung der Krätze scheint auf diese Weise mit einigem Erfolg in Angriff genommen worden zu sein [1]), obgleich sie unter den Waisen wie unter den anderen Anstaltsinsassen leicht neueingeschleppt wurde. 1776 muß sie vollständig gefehlt haben, da dem Arzt aufgetragen wurde, „darauf zu achten, daß die gemeiniglich in dergleichen Häusern sich einschleichende Krätze nicht einreiße" [2]).

Hygienische Maßregeln finden sich vielfach vorgeschrieben: Gegen die Pocken sollte mit Inokulation vorgegangen werden [3]); einmal wöchentlich wurden alle Räume der Gesamtanstalt mit Wachholderholz und Essig ausgeräuchert, was aber zur Vertilgung des vorhandenen Ungeziefers nicht genügte [4]); täglich sollten die Kinder unter Aufsicht spielen, und Sonntags und einmal unter der Woche an Stelle der Fabrikarbeit je 2 Stunden in Reih und Glied spazieren geführt werden; später wurden dafür Mittwoch und Samstag als

---

die Ernährung der Leute vielfach sehr lange aufgebürdet. Die letzten 2 Jahre fielen auch häufig weg, weil die „Entrepreneurs" die Arbeiter früher fortjagten.

[1]) Dekrete und Berichte vom 11. V. 1768, 31. X., 15. XI. 1769. Daß die Krätze in einem Waisenhaus jener Zeit völlig gefehlt hätte, scheint überall eine ideale Forderung geblieben zu sein; als im Waisenhaus zu Kassel das Übel ausgerottet war, erschien dies Ereignis der Veröffentlichung in *Hufeland*s Journal wert. (Jahrg. 1803, Bd. 17. *Goetz*, Beweis, daß die Krätze kein notwendiges Übel in Waisenhäusern sei.)

[2]) W.H. 2453.

[3]) Dekret vom 12. Juli 1769.

[4]) Die Vorschrift mußte einigemal, wie viele der anderen Bestimmungen, wiederholt werden. Aus dem Jahre 1758 stammt ein Rezept, die Wanzen und Mäuß zu vertreiben, das nur bei abnehmendem oder leerem Mond wirksam sein soll.

reie Nachmittage verwendet. Dem Schulmeister wurde verboten, ie Kinder zu ohrfeigen, weil es gesundheitschädlich wäre; die älteren ädchen sollten während der Zeit der menses Krankenkost beziehen [1]). ie Qualität der Mahlzeiten war häufig unbefriedigend. 1773 wurde estgesetzt, daß bei denjenigen Schlachttieren, „bei welchen beim ufbrechen etwas Bedenkliches erfunden wurde", von zwei Meistern er Metzgerzunft die Fleischbeschau um 7½ Kreuzer für das Stück orgenommen werden sollte.

Außer zur Fabrikarbeit wurden die Kinder auch immer häufiger zu verschiedenen Handwerken bestimmt und dafür 1774 verordnet, daß der Arzt ihre Eignung für die betreffende Beschäftigung vorher begutachten solle. Kinder unter 4 Jahren wurden nicht mehr aufgenommen, sondern auswärts in Kost gegeben. Dasselbe Verfahren wurde auch von 1773 ab bei vielen der größeren Kinder angewendet, nachdem es schon 1764 wegen der maßlosen Überfüllung — öfter über 300 Personen in der Gesamtanstalt — in Erwägung gezogen worden war [2]). Es war in jener Zeit die Frage der Waisenversorgung in der öffentlichen Meinung aktuell, und eine Reihe von Gründen sprachen für Privatpflege; man erblickte in der Familienfürsorge eine bessere Vorbereitung für das praktische Leben, als sie die ohne Schema undenkbare Anstalt bieten konnte, die Gefahr der Verbreitung ansteckender Krankheiten war geringer, ferner wurde es möglich, die Kinder auch der Landwirtschaft zuzuführen, wo sie vielfach unter gesünderen Bedingungen als in den Fabriken arbeiteten. Von letzteren wurde besonders die Leineweberei [3]) schlecht eingeschätzt, da das staubige Geschäft des Hanfbrechens an sich schädlich sei, und noch überdies zum Branntweintrinken verführe. So brachte man denn die Mehrzahl der Waisen auf Kosten des Anstaltsfundus für je 30 Gulden jährlich auswärts unter und konnte auf diese Art noch weit mehr Kinder versorgen als es vorher der beschränkte Raum gestattet hatte, ohne sie ganz der behördlichen Aufsicht zu entziehen [4]).

[1]) Prot. 1753.

[2]) W.H. 2361.

[3]) Diese war noch bis 1775 im Waisenhause geblieben. (Prot. 1775, Nr. 67.)

[4]) W.H. 2568. Die Waisenhausschule bestand noch bis 1799, die Pfarrei bis 1805.

In das Tollhaus waren nach der Neuordnung [1]) „diejenigen einzubringen, welche

a) mit melancholischen Umständen, wann sie dabei eine besondere Verwahrung nötig haben; imgleichen die, so
b) mit Wahnwitz oder Raserei behaftet sind;
c) epileptici oder Fallende,
d) diejenigen Personen, welche gefährlich-ansteckende, in die Augen fallende Gebrechen an sich haben, besonders wann wegen deren Genesung wenige oder gar keine Hoffnung vorhanden ist".

Die beiden letzten Arten faßte der Sprachgebrauch als Sieche zusammen.

Die Siechenhäuser verfolgten in ihren Anfängen ebensowenig therapeutische Zwecke wie die ersten Tollhäuser; man fürchtete vielmehr, wenn diese „teils mit greußlichen Schäden behafteten teils krüppelhaft Gestalteten auf den Gassen erscheinen," so könnten „aus dieser wider alle Polizei laufenden Unanständigkeit öfters üble Folgen in Rücksicht auf die mit Leibesfrüchten beladenen Weibspersonen und unglückliche Geburten entstehen", [2]) und bedachte deshalb die Siechen ebenso wie die Irren als gemeingefährlich oder anstößig mit Internierung. Als dann der Gesichtspunkt der ärztlichen Fürsorge immer mehr über den der polizeilichen Versorgung die Oberhand gewann, genossen beide, Tolle und Sieche, die Früchte der neuen Anschauungsweise.

Mit dem zum Tollhaus hergerichteten Zuchthaus hatten die Irren und Siechen, wenigstens soweit sie früher der Waisenbau beherbergt hatte, einen schlechten Tausch gemacht: Trotz der Veränderungen hatte sich der Gefängnischarakter nur wenig verwischen lassen, und so waren sie, die Ruhigen zu mehreren in größeren Gemächern, die Unruhigen in kleinen Einzelzellen, ganz auf die Gnade des schlüsselführenden Tollenwärterehepaares angewiesen. Die Rasenden sind „außer der Zeit, da man sie füttert, sich ganz allein überlassen. Winters-

[1]) Bei *Fischer* a. a. O. im Wortlaut veröffentlicht.

[2]) K. K. Hofdekret vom 27. August 1773. Aus den K. K. Österreichischen Sanitätsverordnungen 1679—1838. (Originalblätter, teils handschriftlich, teils gedruckt, im Besitze der Bibliothek des staatsärztlichen Vereins.)



zeit, wann sie sich durch heftiges Wüten und Toben ganz abgemattet haben, bleiben sie oft mehrere Stunden auf dem mit Steinen gepflasterten Boden liegen, so daß sie sehr erfrieren und vor Kälte ganz steif und starr werden. Sommerszeit wird die Luft in denen Zellen wegen der vermehrten Ausdünstungen und der ihnen gleichsam angeborenen Unreinlichkeit ganz faul, zumal da diese Ställe nur kleine Öffnungen haben und niemals ausgelüftet werden [1]. — Die Schwermütigen sind nicht viel besser bewohnt wie die Tollen." Die geisteskranken Kostgänger wohnten nicht im Tollhaus und waren auch sonst besser versorgt [2]) und bedient; so bekam ein Epileptiker einen Züchtling als eigenen Aufwärter zugewiesen. Die Siechen wurden immer häufiger im Krankenhaus untergebracht, da der Raum im Tollhaus nicht mehr genügte, um so mehr, als nach dem Anfall der baden-badischen Lande im Jahre 1771, mangels eines geeigneten Irren- und Siechenhauses, viele Kranke von dort in Pforzheim verpflegt wurden [3].

Im Jahre 1772 verlangte der Markgraf Bericht über das Tollhaus; vielleicht mag er ein besonderes Interesse an dessen unglücklichen Bewohnern genommen haben, da die eigene Mutter des Fürsten schon in jungen Jahren einer unheilbaren Geisteskrankheit verfallen war [4]. Der Physikus Dr. *Georgi* schilderte die Zustände in ihrer ganzen Erbärmlichkeit in einem Gutachteln, in welchem er sich auchtheoretischen Erörterungen über die Ätiologie der Psychosen hingab, indem

[1]) Außerdem waren die „Priveter" innerhalb der Gemächer.

[2]) Die in W.H. 2488 protokollierten Angaben der Kostgänger sind kaum verwertbar, da der Anteil, den paranoische Übertreibung an den Klagen der psychische Indolenz eines Kranken bzw. mißtrauische Zurückhaltung eines Gefangenen an der Zufriedenheit hat, sich nicht abschätzen läßt.

[3]) M.A. 578, Z.A. 2799 und andere Akten, insbesondere Kostenverrechnungen. Die Spitäler in Baden und Ettlingen nahmen zwar auch Tolle und Sieche auf, waren aber im Raum sehr beschränkt und auf Unruhige nicht eingerichtet. Als Zuchthaus diente für beide Landesteile Pforzheim.

[4]) *Otto Konrad Roller*, Zur Charakteristik des Großherzogs Karl Friedrich. Ein genealogischer Versuch. In der Festschrift des Großh. General-Landes-Archivs. Heidelberg 1902. Als Beitrag zur Hereditätsforschung nicht ohne Interesse für den Mediziner: Ein Historiker versucht einen Teil der Charaktereigenschaften eines Fürsten auf die von dessen Ahnen überkommenen Erbeinheiten zurückzuführen.



er bei ihnen neben äußeren Momenten eine „anererbte Disposition und eine übernatürliche Schwachheit der Nerven“ annahm [1]).

Dieser Bericht blieb ohne Folge; erst 2 Jahre später wurden eingehendere Bemühungen beschlossen, als der Karlsruher Hofrat und Physikus Dr. *Jägerschmid*, von der Waisenhausdeputation beauftragt, im Beisein der Amtsärzte Dr. *Georgi* und Dr. *Schweikhard* [2]) und des Chirurgi *Schmidt* die Kranken besichtigen sollte, um jedem eine Kur zu verordnen. Er erklärte bei diesen Wohnungsverhältnissen jede Therapie für illusorisch, da „dergleichen Nebenumstände öfters ein nicht geringes Hindernis an der Genesung solcher Leute bilden, ja sogar können sie in vielen Fällen und oft ganz allein die Ursache an der Unheilbarkeit solcher Krankheiten sein“ [3]).

Seine Verbesserungsvorschläge gingen dahin, die Kranken nach Geschlecht und Gattung ihres Gebrechens zu sondern und die jeweils zusammengehörenden in die durch die Verminderung der Waisen freigewordenen Schlafsäle zu legen, wobei man auf die Bequemlichkeit, zu heizen und zu lüften, besonders bedacht sein sollte. „Die nicht ganz Rasenden sollten einen freien Umlauf haben, ganz Rasende müßten mit dem engen Brustlatz versehen und vermittelst dessen an ihre Bettstatt nach Befinden der Umstände mehr oder weniger eng angeschlossen werden.“ Eine solche Behandlung sei aber nur durchführbar, wenn in jedem Saal ein Wärter bzw. bei den Frauen eine Wärterin ständig zugegen sei, „um auf die Leute Achtung zu

---

[1]) W.H. 2475.

[2]) Dr. *Schweikhard* wurde Dr. *Jägerschmids* Nachfolger im Landphysikat Karlsruhe, mit welchem die ärztliche Oberaufsicht über das Waisenhaus verbunden war. Später begegnen wir ihm als Mitarbeiter von *Hufelands* Journal (Bd. 6, 1798, und Bd. 10, 1800), wo er sich mit einem Aufsatz (Bd. 6) an einer Debatte über das „savoir faire in der medizinischen Praxis“ beteiligt; darin verlangt er vom echten Arzt nicht nur wissenschaftliche Bildung, sondern auch gefestigte Moralität und Scheu vor aller Charlantanerie, sowie eine „Religiosität, gleichweit entfernt von Kopfhängerei und Heuchelei,“ und gibt damit einer ernsten Berufsauffassung Ausdruck.

[3]) Bericht *Jägerschmids* vom 14. Mai 1774, daraus auch das folgende Zitat. Die folgenden Abschnitte fußen im wesentlichen auf den ärztlichen Revisionsberichten u. W. H. 2453 u. 2454.



ben und sie gehörig abzuwarten, um dem Arzt von allem gehörig achricht geben zu können“ [1]).

Die Waisenhausdeputation, eine Behörde, welche nach *Reinhards* ode 1772 an Stelle der Kommission getreten war, sagte alles bereitilligst zu, doch gab es noch fast 2 Jahre lang manches Hin und Her, s sich die gutgemeinten Entwürfe mit der erreichbaren Wirklichkeit erglichen hatten. Schließlich wurden die Kranken ins Waisenhaus erlegt und das etwas baufällige Krankenhaus mit Hilfe einiger Handerker zum neuen Tollhaus hergerichtet, doch konnte dabei der Hauptmißstand, das es durch seine Lage inmitten der anderen Bauten ehr wenig Licht bekam, nicht beseitigt werden. In der inneren Anordnung wurde nach *Jägerschmids* Prinzipien verfahren. Das Tollenwärterehepaar sollte für die Melancholiker, die Tollen und die Epileptiker sorgen, während die übrigen Siechen dem Krankenwärter und seiner Frau anvertraut wurden, welch beide anstatt der früheren 74 jährigen Wartefrau angestellt wurden. Man hat jedoch auf diese Weise nicht lauter günstige Erfahrungen gemacht; es liegt ja auf der Hand, daß bei der Einteilung nach diesen Kategorien, wo die stillen und die lärmenden Tollen beisammen waren, mancher Kranke sich am allgemeinen Lärm beteiligte, der auf einer ruhigen Abteilung sich ebensogut ruhig verhalten hätte. Als daher später die Räume des neuen Tollhauses nicht ausreichten, brachte man nur die am wenigsten umgänglichen Patienten im Tollhaus unter und beherbergte die anderen als „Tollhauskandidaten“ im Waisen- oder im Arbeitshaus; vereinzelt gab man sogar „Melancholiker“ und häufiger „Simpelhafte“ in der Stadt in Kost und Wohnung [2]). Der Kreis der Anstaltsbedürftigen war viel enger gezogen wie heute: wer noch einigermaßen „ohne Abscheu oder Gefahr im Publico belassen“ werden konnte, dem wurde die Aufnahme verweigert. Man stimmte darin mit anderen Tollhäusern ebenso überein, wie in dem Brauch, diejenigen Patienten,

---

[1]) Es dürfte das wohl das älteste Dokument sein, in welchem Einschränkung der Zwangsmittel durch gleichzeitige Personalvermehrung verlangt wird. Die Forderung eines der modernen Wachsaalbehandlung ähnlichen Verfahrens ist wohl geeignet, dem Dr. *Jägerschmid* und dem Pforzheimer Tollhaus einen dauernden Platz in der Geschichte der deutschen Irrenpflege zu sichern.

[2]) Z.A. 2798 und 2799.



„deren Wahnsinn in stillen Blödsinn übergegangen war,“ wieder zu entlassen, sofern sie nur „keine Exkurse machten“ oder „wie ein Kind traktabel und äußerst manierlich“ waren.

Trotz dieser Auslese genügte die Anstalt nicht, um allen Bedüftigen Raum zu gewähren, und es befanden sich noch viele Siechen und Tolle außerhalb im Lande. So waren in Durlach „zwei den höheren Ständen angehörige Frauen, wovon die eine melancholisch, die andere tobsüchtig und verwirrt war. Sie starben in vorgerückterem Lebensalter. Ferner eine Bürgerstochter, die nur auf 4 Wochen, aber nicht länger, zur Vornahme einer Kur durch den Landchirurgen in das Spital aufgenommen wurde, weil Leute dieser Art im Spital nicht behalten werden könnten, da hierzu keine „Einrichtung gemacht werden könnte“[1]). Außerdem waren einige Patienten von Durlach in Pforzheim.

Neuaufnahmen und Entlassungen gingen durch die Waisenhausdeputation. Neben den mit der Geldfrage sich befassenden Papieren war auch die Beibringung eines ärztlichen Attestes vorgeschrieben; doch wurde dies häufig unterlassen. Bis zur Erledigung des Gesuchs verblieben die Patienten in ihrer Heimat, wo Unruhige häufig im Gefängnisse oder in Ställen verwahrt wurden. Entweichungen aus der Anstalt kamen öfters vor, trotz Torwart und Nachtwächter. Wenn dann die Polizei die Flüchtlinge wieder zur Stelle schaffte, so wurden sie meist mit 8 tägiger Einsperrung im Zuchthaus bestraft.

Von den drei großen Gruppen der Epileptiker, Tollen und Melancholiker — unter den letzteren waren sicher die Katatoniker mitgerechnet — versuchte man unter den Tollen feinere diagnostische Unterscheidungen zu treffen, indem man in Wahnsinn, Verwirrung und Wahnsinn mit Raserei einteilte. Ein befriedigendes Ergebnis erzielte man nicht damit; man konnte es erleben, daß ein Patient alle drei Krankheiten durchmachte und schließlich in Blödsinn verfiel[2]).

[1]) *Otto Konrad Roller*, Die Einwohnerschaft der Stadt Durlach im 18. Jahrhundert, in ihren wirtschaftlichen und kulturgeschichtlichen Verhältnissen dargestellt aus ihren Stammtafeln. Karlsruhe 1907.

[2]) Das primitive Diagnosenschema und die medikamentöse Therapie unterscheidet sich nicht von den gegen die Jahrhundertwende in der praktischen Psychiatrie allgemein üblichen Methoden. Vgl. die betr. Jahrgänge in *Hufelands* Journal bzw. darauf fußend *Mönkemöller*, Zur Entwicklung der deutschen Psychiatrie im Beginn des 19. Jahrhunderts. Psychiatrisch-neurologische Wschr. 1905, Nr. 12 ff.

Die Anwendung der Ketten bei unruhigen Geisteskranken kam gen Ende der 70er Jahre in Wegfall. 1777 wurden sie noch gegenüber ner sehr unbändigen Patientin angewandt; sonst wurden sie ersetzt urch den englischen Brustlatz, der der Beschreibung nach mit der wangsjacke identisch ist. Um die damit versehenen Patienten zur ettruhe zu zwingen, band man nötigenfalls ihre Beine mit Stricken n die Bettpfosten. Unruhige Patienten wurden auf den Nachtstuhl ngeschlossen. Später verschrieb man sich vom Ludwigsburger Tollaus ein weiteres Zwangsgerät, das sogenannte englische Hemd, „eine Art Schlafrock aus starkem Zwillch"; an diesen wurden die Oberarme mit Riemen befestigt, so daß der Kranke mit den freigelassenen Unterarmen nicht mehr viel Unheil stiften konnte. Daneben waren noch Handschuhe im Gebrauch, „die verhinderten, daß der Rasende schlechterdings nichts mit der Hand anfassen konnte". Als äußere Mittel setzte man zur Ableitung Fontanellen, Haarseile, Blasen und Kautere. Bei einem Rasenden, der „in stumpfen Blödsinn verfallen, sonst aber kerngesund" war, suchte man durch Stockschläge die Raserei wieder hervorzurufen. Offenbar ließ man sich dabei von ähnlichen Gedankengängen leiten, auf Grund deren man bei anderen Leiden eine versteckte Krätze wieder an die Oberfläche treiben wollte beziehungsweise diese inokulierte, um ein Übel auf dem Umweg über ein anderes, das leichter beeinflußbar erschien, zu heilen. Auch die Arbeit findet sich in der offenkundigen Absicht therapeutischer Einwirkung empfohlen [1]). Unter den angewandten Medikamenten spielen Abführmittel die Hauptrolle. Die psychische Therapie wurde hauptsächlich vom Anstaltsgeistlichen ausgeübt, dem man 1774 seine besondere Zufriedenheit ob der hierbei bezeigten Sorgfalt zu erkennen gab, als ein seit 4 Jahren Wahnsinniger wieder gesund wurde, da er es verstanden habe, das zerrüttete Gemüt durch geistlichen Zuspruch wieder aufzufrischen [2]).

Die Prognose stützte man auf die Ätiologie: „Die Ursachen des Wahnsinns sind verschieden, und je nachdem solche sind, ist auch

[1]) Physicatsbericht vom 24. Oktober 1774: „betrifft insbesondere diejenigen Personen, welche wiederum arbeiten können, oder denen das Geschäft zur Kurierung ihrer Übel nützlich ist."

[2]) Prot. 1774, Nr. 323 u. a. Stellen.



der Wahnsinn zu heilen oder nicht. Diejenigen, die aus übermäßigem Stolz sich überworfen haben, bleiben meistens verrückt; und es sind hier schon eingebildete Fürsten, Könige und Heilande mit ihren fixen Ideen, die man ihnen auch auf dem Sterbebette nicht ausreden konnte, gestorben. Die aus Wollust wahnsinnig gewordenen Mannspersonen und die cum furore uterino behafteten Weibsleute sind schwer zu kurieren, da die sicherste Heilart dieser Krankheit gegen die Moralität verstoßen würde. Blödsinnige, Simpelhafte und kindisch bleibende Menschen werden schwerlich durch Arzneimittel zur Vernunft gebracht werden können. Wo kein Verstand jemals war, da kann auch keiner hergestellt werden. Ebenso sind auch Beispiele von angeborenem [1]) Wahnsinn anzusehen, und wir glauben, daß diesen völlig zu kurieren ein Problem bleiben möchte: Der Kostgänger Hecht, der periodisch wahnsinnig und zuweilen auch ganz rasend wird, sonst aber auch lucida intervalla von jahrelanger Dauer, in welchen er ganz vernünftig und umgänglich ist, haben kann, hat diese traurige Erbschaft von seinem Vater bekommen und bereits in seinen Knabenjahren Spuren davon blicken lassen [2])."

Der Jahresbestand des Irren- und Siechenhauses betrug um 1780 gegen 40, später bis zu 70 Personen, unter denen durchschnittlich ¼ Geisteskranke und $^1/_8$ Epileptiker waren. In den Jahren 1780—1804 wurden von den Insassen 24 als geheilt entlassen; von diesen hatte einer an Erbgrind, zwei an Epilepsie, einer an Tiefsinn und die übrigen an Wahnsinn oder Verwirrung gelitten. Dazu kamen einige als geheilt betrachtete Fälle von „Gesichtskrebs" — es handelte sich offenbar um zum Stillstand gekommenen lupus faciei; einer dieser Patienten hatte sich „durch über ein Jahr lang fortgesetztes täglich mehrmaliges Waschen mit dem eigenen Urin selber kuriert", wurde aber wegen seiner Entstellung nicht aus dem Haus gelassen [3]).

---

[1]) Gemeint ist vererbtem.

[2]) Bericht vom 17. Februar 1804.

[3]) Ebenso wurde mit einem Findelkind verfahren, das am 28. Juni 1772 als 16 jähriges Mädchen vom Karlsruher Lazarett aus wegen Gesichtskrebs eingeliefert wurde. Sie machte der Anstalt schwer zu schaffen, indem sie immer wieder den Mannsleuten, Siechen oder Geisteskranken auf die Zimmer schlich und sie „in der Nacht in ihren Betten zur Unzucht zu verleiten suchte". (Mit „Unzucht" bezeichnete man jeden außer,

Von Epileptikern waren es fast nur die schwereren Formen, die im Siechenhaus Zuflucht fanden. Für ihre Behandlung besaß man über 15 Rezepte, deren Zahl allein schon vermuten läßt, daß keines viel geholfen hat. Sogar der Markgraf selber nahm sich der Epileptiker an: „Serenissimus wollen gnädigst, daß mit demjenigen Präzept, welches Höchstderoselben Frau Urgroßmutter aus Holstein mit hierhergebracht, von dem Waisenhausmedikus Herrn Dr. *Eichrod* an einigen epilepticis im Waisenhaus eine Kur zur Probe fürgenommen werden solle [1]." Die ziemlich umständlich zu bereitende Arzneiformel

---

ehelichen Geschlechtsverkehr; dergleichen kam in der Anstalt häufig vor, auch im Zuchthaus, wo nicht nur die Züchtlinge, sondern auch die Zuchtmeister sich in dieser Beziehung nicht einwandfrei benahmen.) Obwohl sie keine Nase mehr besaß, gelang ihr diese Absicht immer wieder, einmal mit dem Erfolg der Schwängerung. Die Geburt dauerte 3 Tage und mußte von dem accoucheur Maler mit Kunsthilfe beendet werden, wobei das Kind sein Leben einbüßte. Der Wöchnerin wurde „wegen Unzucht eine 8 tägige Einsperrung in die Hungerstube zudiktiert, welche Strafe die Waisenhausverwaltung an ihr nach und nach, und sowie das Physikat solches der Gesundheit unschädlich erachten wird, in Vollstreckung bringen zu lassen hat." Schließlich sollte sie im Zuchthaus interniert werden, da man besorgte, daß „aller Aufsicht ungeachtet, sie als eine wollüstige und unverständige Person, die weder Schande noch empfindliche Strafen zu befürchten hat, wieder Mannsleute an sich ziehen und dem Waisenhaus einen Bastard nach dem anderen hersetzen werde". Dies kam nicht zur Ausführung, da die weiblichen Züchtlinge sich weigerten, mit der „Ekel und Abscheu erregenden, von Krebs im Gesicht defigurierten Person" zusammen zu sein. Sie wurde daher im Tollhaus unter schärfere Aufsicht gesetzt. Daraufhin entlief sie, wurde aber nach kurzer Zeit wieder eingefangen. Von da an blieb sie dauernd im Siechenhaus, war aber „wegen ihrer geringen Naturgaben nur zum Spinnen und Stricken zu gebrauchen". Trotz der äußeren Einförmigkeit wußte sie sich ihren Lebenslauf noch abwechlungreich genug zu gestalten und zog sich eine Reihe Strafen wegen Ausschweifung, Betrügereien, unerlaubten Ausgangs und vor allem wegen „bösen Maules" zu. Am 29. Juli 1825 starb sie am Schlag. (Personalakten der Henrike von Eggenstein; dies ist der Name des Ortes, wo sie gefunden wurde; ein Familienname wurde ihr nicht erteilt.)

[1]) Das Rezept nimmt im Original zwei Aktenseiten in Anspruch; es enthält u. a.: zerstoßene Korallen und Perlen, Hunds- und Eselskrallen, die Krallen von Hasenpfötlein, Menschhirnschalen; zu diesen und anderen Ingredienzien sollen „20 Blätter Gold gethan" werden. Die Form der Anwendung ist genau vorgeschrieben, durch Purgantien und die Enthaltung von Wein soll die Wirkung der Kur unterstützt werden.



war aus einer großen Menge verschiedener Pflanzen- und Tierbestandteile zusammengesetzt; die vom Fürsten erwartete berichtliche „Anzeige über den Erfolg" ist nicht aufzufinden. Einige weitere Verordnungen enthalten Kampfer in Weinessig, Quecksilberpräparate. Wurmmittel und verschiedenerlei Heilkräuter. Dazu gesellen sich einige arcana, die teils aus dem Volk, teils aus Zeitungsanpreisungen stammten; letztere nahmen um die Jahrhundertwende so überhand, daß von verschiedenen Regierungen mit Verboten gegen die „Verschreibung dieser Geheimmittel gegen Nervenschwäche, Podagra, Gicht, Epilepsie und hysterische Krankheiten" [1]) eingeschritten wurde. Auch mit der Galvanisation sollten Versuche angestellt und zur Magnetkur etliche künstliche Magnete entliehen werden, um sie nach Vorschrift von Dr. *Mesmer* in Wien zu gebrauchen [2]). Die Ergebnisse der verschiedenen Methoden waren recht beschämend: „die jammervolle Krankheit nimmt bei diesen Menschen ständig zu, sie verlieren nach und nach den Verstand und das Bewußtsein."

Unter den anderen Siechen waren die Augenleidenden am stärksten vertreten. Zu ihrer Behandlung wurde in den 70er Jahren der als Ophthalmolog besonders bewanderte Landchirurgus *Zandt* von Durlach beigezogen [3]), welcher teils nach Pforzheim reiste, teils die Patienten zugeschickt bekam, um sie zu untersuchen oder die Staroperation vorzunehmen. In einem Falle hatte die depressio lentis [4]) keinen Erfolg, worauf Dr. *Gysser* die Ursache der Blindheit in einer Vergiftung der Säfte, in geschwächten Nerven und der gänzlichen Unbeweglichkeit der Pupillen vermutete. Ebenfalls stark vertreten waren die verschiedensten „Arthriditen", darunter Krüppel, Verwachsene u. a. Neben den unvermeidlichen Laxantien bekamen sie extr. napelli (aconiti) und Bäder aus der heilkräftig geltenden St. Georgenquellle, öfters mit Zusatz von Ameisengeist; einige schickte man auch in das Armenbad nach Baden-Baden. Heilungen waren freilich bei der Auswahl des in das Siechenhaus eingewiesenen Materials nicht zu

[1]) Kurpfalz-Bayerische Verordnung vom 10. April 1804.

[2]) Dekret vom 6. Mai 1775.

[3]) Dekrete vom 25. September 1770 und 30. September 1771 und viele Stellen im Protokoll.

[4]) Die 1745 von *Daviel* erstausgeführte extractio hatte damals ihren Weg noch nicht gemacht.

warten, doch konnten immerhin dem und jenem die Beschwerden lindert werden.

Bei allen Todesfällen sollte die Ursache durch die Sektion ergründet werden, bei besonderen Umständen wurde eine Legalsektion [1]) ngeordnet. Anatomische Seltenheiten wurden gesammelt und aufewahrt. Von 1767 an mußten in den Wintermonaten „die Körper er nicht wahrhaft melancholischen Selbstmörder [2]), die justifizierten Missetäter, die im Gefängnis sterbenden und überwiesenen Missetäter" und eine Reihe anderer in die Karlsruher Anatomie [3]) geliefert werden.

[1]) Für deren Ausführung wurden 1784 einheitliche Vorschriften erlassen, „um die vielen Ungleichheiten, die vorhin bei vorgenommenen Legalbesichtigungen und Leichenöffnungen in unseren altbadischen Landen sich gezeigt haben, zu beseitigen." Darin war unter anderem bestimmt, daß außer den Gerichtspersonen und zwei Zeugen sowohl der Landphysikus als auch der Landchirurgus beizuwohnen hatte, und daß alle drei großen Körperhöhlen auch dann zu untersuchen waren, wenn schon die Eröffnung der ersten „hinlängliche Ursachen der Tötlichkeit" ergeben hätte. 1804 wurde diese Ordnung erweitert und neu aufgelegt. Die Sektionsgebühren waren schon früher obrigkeitlich geregelt worden; weil „wegen der bei vielen Sektionen uneingeschränkten Zehrung exzessive Kosten erwachsen" waren, hatte man 1739 festgesetzt, daß nicht mehr als ein Gulden für Zehrung und ein Gulden 30 Kreuzer für die Sektion anzusprechen sei. M.A. 5471.

[2]) Es ist interessant, zu beobachten, wie gegen die Neige des Jahrhunderts eine Ahnung von der vorwiegend pathologischen Natur des Selbstmords da und dort aufdämmert. Das Journal von und für Deutschland (1784 gegründet) bringt manchen Artikel über Selbstmörder, deren Tat je nach der Auffassung des Berichterstatters verschiedene Beurteilung erfährt. So findet sich 1789 Stück 3, folgende „Sonderbare letzte Willensverordnung eines Selbstmörders" veröffentlicht, auf Grund deren ein „in Wahnwitz ausgearteter falscher Ehrgeiz" diagnostiziert wurde:

> „Mein lieber, lieber Herr Gevatter, da ich diesen Vormittag ausfahren und meinen buckligten Körper zurücklassen will, an welchem demohngeachtet was gutes seyn muß, weil ihm viele Leute gut gewesen sind, so habe ich — — gebeten, daß Sie erlauben möchten, solchen dem Theatro anatomico nebst 40 Rthlr. so von den 95 Rthlr. so aus der — Todtenkasse auf meine Haut gezahlt werden, genommen werden sollen zu vermachen, um daraus ein Skelet zum Aufstellen zu präparieren. Aus Freundschaft für Ihren ehemaligen — werden Sie dieses gefälligst besorgen. T. T. ad mortem."

[3]) Die Universitäten Freiburg und Heidelberg kamen erst 1803 an Baden.



1777 war der niedrigste Verpflegungssatz für Selbstzahler jährlich: für Kost am Armentisch 97 Gulden 4 Kreuzer, Quartier einschließlich Feuerung, Bett und Wäsche 55 G. 28 Kr., Kleidung 8 G. und Arzneien 15 G., zusammen 175 G. 32 Kr. Die Kostgänger bezahlten im gleichen Jahr 5 G. 30 Kr. wöchentlich, wobei Kleidung, Weißzeug, Wäsche und medizinische Besorgung besonders gerechnet wurden. Oft wurde der Übelstand bedauert, daß der Hausarzt auf seine Stadtpraxis als Haupteinnahmequelle angewiesen war und naturgemäß die auf die Anstalt verwendete Zeit nach dieser richtete. Sein Einspruch gegen die zunehmende Überfüllung fand kein Gehör[1]). Die Bezüge des Arztes beliefen sich auf 50 G. und 6 Klafter Holz im Jahr. Von 1781 an wurde bei den dem Haus verpfründeten Patienten 1% der Einkaufsumme für ärztliche Behandlung erhoben und zu gleichen Teilen an Arzt und Chirurgen abgegeben[2]). Gutachten wurden nur bei den nicht gerade häufigen Ehescheidungssachen verlangt, wobei die Frage erhoben wurde, „ob die Kranke jemals ihre Vernunft wieder ordentlich und ohne intervallis erlangen werde".

Die Stellung des Hausarztes gegenüber der Waisenhauskommission war anfänglich überaus unselbständig. Er hatte über den Krankenstand Monatsberichte[3]) einzusenden und mußte seine Behandlungsvorschläge der Behörde unterbreiten, ohne deren Genehmigung nichts geschehen durfte, welche andererseits aber auch in jedem Falle eine Kur verlangte, da die Tollen nicht bloß da seien, um eingesperrt zu werden. Als Obergutachter diente der Kommission der jeweilige Karlsruher Landphysikus, dessen Urteil von seinem Pforzheimer Kollegen nicht immer als überlegen anerkannt wurde, und insbesondere Dr. *Gysser* empfand es unangenehm, seinem Altersgenossen *Schweikhard* unterstellt zu sein. Erst 1774 wurde erlaubt, „weil in der medizinischen Besorgung über jedesmaliges Anfragen über geringe Sachen öfters viele Zeit verloren gehen kann, bei denen Kranken nach Befinden der Umstände kleine Abänderungen zu treffen, die nicht über

[1]) Z.A. 2799.

[2]) Dienstsachen den Dr. *Gysser* betreffend.

[3]) Krankengeschichten im eigentlichen Sinne wurden nicht geführt. Es wurden nur Abschriften der auf den betreffenden Patienten bezüglichen Stellen in den Monatsberichten bzw. Deputations oder noch später Konferenzprotokollen den Personalakten beigefügt, welche auf diese Weise bis 1826 mehr oder weniger vollständig die Krankengeschichten ersetzen.

5 Gulden Unkosten erfordern". Im Laufe der Zeit schwand dann die Abhängigkeit des Arztes immer mehr. Als 1785 ein Offiziant vom Ansbruch einer schweren Faulfieberepidemie[1]) heimlich Anzeige an die Deputation erstattete, verordnete diese schleunigst Allgemeinmaßregeln zur Verhütung des weiteren Umsichgreifens der Ansteckung und forderte eingehenden Bericht, um therapeutische Anweisungen zu treffen. Hierauf antwortete Dr. *Gysser:* „ad 1) wir würden unsere Pflicht nicht kennen, wenn wir mit solchen Vorsichtsmaßregeln erst auf Befehle warten wollten; im Gegenteil können wir versichern, daß wir schon lange alles getan haben. ad 2) Was die Art und Beschaffenheit dieser Krankheit betrifft, so ist sie mit allen nur möglichen Kennzeichen und Zufällen der Gallen und Faulfieber begleitet, die jeder praktische Arzt, wenn anders er diesen Namen mit Recht führen will, ebensogut als das Vaterunser kennen muß. Selbige aber alle hier aufzuführen, wäre meines Dafürhaltens teils zu weitläufig, teils überflüssig, weil ich es im Vorliegenden mit Männern aus der Rechtsgelehrsamkeit und Kameralwissenschaft, und nicht mit einem aus dem medizinischen Fach zu tun habe." Mit diesem Bescheid fand sich die Deputation „vollkommen beruhigt und überzeugt, daß diesseits alle Sorgfalt angewandt worden sei" [2]).

Mit der fortschreitenden Befreiung des Hausarztes aus der bureaukratischen Bevormundung nahm in gleichem Maße sein Einfluß auf die Hygiene der gesamten Anstalt zu. Deutlichen Ausdruck findet die Erweiterung seines Wirkungsbereiches in einer Bestimmung von 1776, wonach er angewiesen wurde, „insbesondere auf die Reinlichkeit im ganzen Hause in Absicht auf die Zimmer, Kleider, Betten und anderes, so zur Erhaltung der Gesundheit dienet, sowohl bei Kranken als Gesunden zu sehen", ferner den Kranken nicht nur etwas zu verschreiben, sondern ihre ganze Unterbringung und Versorgung zu überwachen und die Krankenkost zu regulieren[3]). Des weiteren sollte

[1]) Das Faulfieber läßt sich ebensowenig wie das oben erwähnte Kerkerfieber nach den in den Lehrbüchern jener Zeit gegebenen Beschreibungen mit einer heutigen Diagnose identifizieren; es hat sich wohl nicht jedesmal um dieselbe Affektion gehandelt. Bei den Faulfiebern in Pf. handelte es sich wohl meist um den heute noch dort endemischen Typhus.

[2]) Bericht vom 25. VIII. und Extr. Waisenh. Dep. Prot. vom 10. IX. 1785.

[3]) W.H. 2453.



bei ansteckenden Krankheiten nach ärztlichem Ermessen das Bettzeug der Kranken nicht mit der allgemeinen Wäsche, sondern besonders behandelt, nötigenfalls sogar verbrannt oder mit dem Verstorbenen zugleich vergraben werden. Doch war damit, daß die Behörde einen Vorschlag des Arztes zum Beschluß erhob, die Ausführung noch lange nicht gewährleistet. Es klaffte im Betrieb der Pforzheimer Anstalt an vielen Stellen eine Lücke zwischen Wollen und Vollbringen, so daß es oft schwer hält, Tatsachen von Entwürfen abzugrenzen. In den Vorschriften für den Chirurgus brachte die Ordnung von 1752 keine wesentlichen Neuerungen. Ein ihm anvertrautes Arzneigärtlein wurde 1777 zugleich mit der Apotheke wieder aufgehoben.

Ein Zur-Schau-Stellen der Geisteskranken gleich „seltener Bestien aus Afrika“ zum Ergötzen des Volks, wie dies von anderen Orten berichtet wird, fand in Pforzheim nicht statt, man suchte vielmehr die Kranken vor unberufener Neugier zu schützen, indem man jedem den Zutritt zum Tollhaus verbot, der nichts darin zu suchen hatte. Dagegen zeigte man fremden Besuchern [1]), deren Interesse wohl auch nicht immer in reiner Wißbegierde wurzelte, die Anstalt bereitwilligst und bot ihnen die *Reinhard*sche Schrift als käufliches Andenken an [2]). Mehr auf den schönen Ordnungen dieser Schrift als auf genauer Kenntnis der ungeordneten Wirklichkeit scheint das Urteil des Predigers

---

[1]) Noch vor dem Auftreten von *Howard* und *Wagnitz* spiegelt sich das steigende Interesse an den Ausgestoßenen der Menschheit in der aus Reisebeschreibungen, Briefen, Zeitungen sich ergebenden wachsenden Häufigkeit des Besuchs der zu ihrer Unterbringung dienenden Einrichtungen; und immer öfter klingt aus den Berichten an Stelle der bloßen Befriedigung des Sensationsbedürfnisses eine wahre menschliche Anteilnahme entgegen, als erstes Zeichen, daß das aufgehende Gestirn der Menschenrechte auch Irre und Verbrecher bestrahlte. Es sei nur ein durch die Person des Besuchers Bedeutung gewinnender Bericht erwähnt: Karl August von Sachsen-Weimar sah im Jahre 1775 das Straßburger Zucht- und Krankenhaus „un riche hôspital fort bien entretenu, où on loge en même temps des pensionaires, — orphelins, enfants trouvés.“ Sein Erzieher, Graf Goertz, schreibt davon nach Hause: „nous avons vu le spectacle le plus humiliant pour l'humanité, un furieux qui était agonissant.“ (*v. Stotzingen*, Beiträge zur Jugendgeschichte des Herzogs Karl August von Sachsen-Weimar; im Jahrbuch des freien deutschen Hochstifts Frankfurt a. M., 1909.)

[2]) Gemäß Dekret vom 19. V. 1759.

Vagnitz[1]) zu beruhen, welcher das Zuchthaus bezeichnete als ,in mehr als einer Rücksicht merkwürdig und eines der musterhaftesten n und außer Deutschland". Wenn auch zugegeben werden muß, laß gegen Ende des Jahrhunderts unter dem Verwalter *Eisenlohr*[2]) die rielfachen Bemühungen zur Verbesserung des Zuchthauses einen gewissen Erfolg zeitigten, so lag doch der Idealzustand immer noch in weiter Ferne.

Der Verwaltung mußte das Wohlbefinden der Züchtlinge schon leshalb am Herzen liegen, weil der Ertrag ihrer Handarbeit wesentlich um Rechnungswesen der Anstalt beitrug; daher versuchte man mmer wieder die Gesundheitsverhältnisse zu heben oder wenigstens lie Ursachen zu ergründen, aus denen „viele Züchtlinge in kurzer Zeit am Leib gebrechlich werden". Man glaubte, daß es nicht an der m neuen Gebäude ordentlichen Wohnung, auch nicht an Kost[3]) und Behandlung liegen könnte, und suchte die Schuld in dem Mangel n frischer Luft, in dem dauernden Kettentragen der Züchtlinge ind in der unhygienischen Beschaffenheit der Untersuchungsgefäng-nisse, aus denen die Leute kamen[4]). Den erster Fehler suchte man

---

[1]) a. a. O. Bd. II, 2. Hälfte S. 53—70. Aus der von *Wagnitz* be-nutzten Literatur (Deutsche Z. 1785 St. 6 u. Journ. v. u. f. Deutschl. 1788 St. 4 u. 1789 St. 5) fällt der letztgenannte Artikel dadurch auf, daß der Verfasser die Behandlung der Pforzheimer Züchtlinge zu menschen-freundlich findet; das 12 stündige Tagewerk eines solchen Züchtlings ei weniger anstrengend und von kürzerer Dauer als das eines freien ge-meinen Mannes. Überhaupt verteidigt der Schreiber den altbewährten Galgen gegenüber der neueingeführten Zuchthausstrafe.

[2]) *Eisenlohr*, der 1804 als Verwalter des Toll- und Siechenhauses n Pforzheim blieb, hatte als Zuchthaussachverständiger weit über die Landesgrenzen hinaus einen Namen, so daß in einschlägigen Fragen aus-wärtige Regierungen sich bei ihm Rat holten (Württemberg Anfr. v. 13. V. 1797 u. Bern Schriftwechsel v. 27. II. u. 3. IV. 1783 sowie Z.A. 2834, darüber vgl. *Lenel* a. a. O. S. 232).

[3]) Die vorgeschriebene Kost genügt an Abwechslung und Menge len hygienischen Anforderungen.

[4]) W.H. 2359. Über die Zustände in den Gefängnissen vgl. *Lenel* a. a. O. Die Tortur kam von 1767 an nicht mehr in Betracht, da Karl Friedrich, dem Beispiel Friedrichs des Großen folgend, in einem geheimen Erlaß an sein Hofgericht die weitgehende Einschränkung der peinlichen Frage befahl. Eine Veröffentlichung dieses Erlasses sollte unterbleiben, um die Furcht vor diesem Werkzeug zur Ermittlung der Wahrheit nicht so schnell einschlafen zu lassen. (Näheres bei *v. Drais* und *Lenel* a. a. O.)

Drais u..



durch die Verordnung zu mildern, daß mit sämtlichen Züchtlingen in der Arbeit auf den Schaffstuben „in der Wolle" und auf dem Holzhof täglich abgewechselt werden sollte, doch wurde dies nicht in ausgiebiger Weise befolgt, so daß durchschnittlich nur alle 14 Tage die Reihe an den einzelnen kam [1]). Später versuchte es *Eisenlohr* öfter mit individueller Beschäftigung nach Fähigkeiten und Kenntnissen, auch gebrauchte man Züchtlinge zu Straßen- und Brückenbauten. Bei solcher Gelegenheit muß es geschehen sein, daß „seit einiger Zeit abermalen die Gewohnheit anfängt, daß die Zuchtmeister und Züchtlinge miteinander in hiesigen Wirtschaften zechen" [2]). Ein derartiges Vorkommnis entspricht durchaus der überall zutage tretenden Unordnung, von welcher auch das häufige Entweichen der Züchtlinge und öftere Maßregelungen der Zuchtmeister zeugen, doch läßt es immerhin mutmaßen, daß die Aufseher mit einer gewissen Humanität ihres Amtes walteten und sich vielleicht auch an die Bestimmung von 1752 hielten, die ihr freies Züchtigungsrecht auf höchstens vier Streiche beschränkte. Besondere Vergehungen wurden gemeldet und auch besonders bestraft mit Schlägen, Kostentziehung und An-die-Wand-Schließen, wobei die Übeltäter noch an den Händen gefesselt oder an Händen und Füßen mit einer eisernen Stange festgemacht wurden, woraus viele „kontrakt" hervorgingen [3]). Der Willkomm und Abschied blieb in Übung; Korrektionäre, Kostgänger und die detentionis loco verwahrten Personen waren davon ausgenommen. Die beim Prügeln gebrauchte Stuhlmaschine sollte abgeschafft und durch Anbinden an eine Säule ersetzt werden, nachdem Dr. *Schweikhard* sie als gesundheitschädlich verworfen hatte. Züchtlinge, welche körperlich nicht fest waren, sollten auf ihre Tauglichkeit zum Erstehen des Willkomms ärztlich untersucht werden, außerdem sollte bei solchen Leuten sowie bei jedem „derben" oder „nachdrücklichen" Willkomm

---

[1]) Prot. 1777 Nr. 556 und an anderen Stellen.

[2]) Bericht vom 13. I. 1787.

[3]) W.H. 2571. Das „Kontraktsein" fand sich auch bei Irren in Bicêtre, als ihnen *Pinel* 1793 die Ketten löste (vgl. *Semelaigne* a. a. O.). Es handelt sich wohl um Muskelatrophie und Gelenksteifigkeit infolge Inaktivität, doch waren in einer Reihe von Fällen auch verschiedenartige arthritische Prozesse beteiligt, welche durch die allgemein unhygienischen Bedingungen begünstigt wurden.

er Physikus der Exekution beiwohnen. Neben dem Willkomm und bschied, der jedesmal im Urteil besonders vermerkt wurde, kam n Leibesstrafen auch Brandmarkung vor.

Die Züchtlinge schliefen zu mehreren in einer Zelle und zu zweien i einem Bett, was damals mehr disziplinäre als hygienische Bedenken rregte. Die Schlafräume sollten winters erwärmt werden; täglich ollten sich die Züchtlinge waschen und kämmen und allwöchentlich rische Leibwäsche beziehen[1]). Die Kranken wurden in das Krankenimmer gelegt, einen „für seinen Zweck sehr unschicklichen Raum", n welchem der nötige Platz zur Trennung der Geschlechter und zur Absonderung der an ansteckenden KrankheitenLeidenden völlig fehlte[2]); die schwangeren Frauen wurden zur Niederkunft ins Tollhaus verbracht. Die Züchtlingskinder verblieben vielfach bei ihren Müttern; die älteren wurden auch anderweitig versorgt. Später wurden wenigstens getrennte Krankenzimmer für Männer und Weiber eingerichtet, in welchen auf einen Gesamtbestand von 136 Männern und 68 Weibern 15 bzw. 6 zweischläfrige Betten vorgesehen waren. Die Krankenkost stand den Genesenen nach der ärztlich festgestellten Wiederherstellung noch 14 Tage länger zu[3]). Der Wartedienst wurde von Züchtlingen versehen, welche auch sonst zu allen möglichen Arbeiten herangezogen und sogar außerhalb der Anstalt verdungen wurden. Sehr viele Züchtlinge litten an chronischen Krankheiten, darunter häufig Beinfraß. Unheilbare wurden entweder ins Waisenhaus verlegt, in den meisten Fällen aber begnadigte man die nicht mehr Arbeitsfähigen und suchte selbst Schwerkranke, deren Aufkommen nicht mehr zu erhoffen war, so schnell wie möglich noch vor dem Tode nach Hause zu schicken, um sich der unnützen Last zu entledigen[4]).

Beim Eintritt ins Zuchthaus sollte jeder auf Lues untersucht werden; die krank Befundenen sollten getrennt logiert werden und

[1]) Dekret vom 7. August 1780. Noch in späteren Berichten aus Zuchthäusern — z. B. in der „Beschreibung des neuangelegten Zucht- und Zwangsarbeitshauses zu Zerbst in med.-polizeilicher Hinsicht" (*Hufelands* Journal 19. Bd. 1804) — werden derartige elementare hygienische Einrichtungen so umständlich erwähnt, daß man sich nicht des Eindrucks erwehren kann, sie wären noch nicht lange Gemeingut der Zuchthäuser.

[2]) Z.A. 2779.

[3]) Bericht vom 3. März 1790.

[4]) Z.A. 2895, Prot. 1777 Nr. 477 und viele andere Stellen.



eigenes Geschirr bekommen. Alle Bemühungen, die Erkrankungsziffer zu drücken, hatten nur bescheidene Erfolge, und man kann schließlich *Eisenlohr* nicht ganz unrecht geben, wenn er die Hauptschuld in der Vorgeschichte der Züchtlinge erblickt: „Viele kommen siech und elend, teils wegen ihrer vorigen ausschweifenden oder kümmerlichen Lebensart, teils wegen voriger langen ungesunden Gefangenschaft, in das Zuchthaus und können sich hier nur langsam oder gar nicht erholen [1]."

Manche Nachricht über Zuchthausinsassen deutet auf Psychose oder Psychopathie, wobei die Leute von vita vaga am häufigsten betroffen erscheinen: ein detentionis loco eingebrachter Vagant wird für wirklich verrückt befunden und als Ausländer des Landes verwiesen; einige Personen sind von wenig Verstand oder von simpelhaftem Wesen oder mit der fallenden Sucht behaftet; wieder einige zeigen Depressionszustände. Einer wird gleich nach der Aufnahme verwirrt, und ein anderer kommt wegen Räsonierens ad detinendum ins Zuchthaus; eine Züchtlingin ist „leicht melancholisch und kann nicht von ihrer gewohnten mit Bosheit verbundenen Faulheit abgezogen werden", obwohl man es mit ihr im Waisen- und Tollhaus mit Güte und im Zuchthaus mit Strenge versucht hatte.

Von 1792 ab warfen die Kriegszeiten ihre schweren Schatten auf die Anstalt [2]. Das Vermögen wurde zur Kriegskontribution herangezogen, Einquartierungen bei den Offizianten brachten Unruhe ins Haus, und im Zuchthaus wartete alles auf die Ankunft der Franzosen, die au vielen anderen Orten die Gefängnisse geöffnet hatten. Letzterem kam die Regierung zuvor, indem sie für den Notfall vorsah, nur die allergefährlichsten Verbrecher zu behalten und die anderen zu begnadigen. Diese Amnestie kam am 10. Juli 1796, als die Franzosen vor den Toren standen, Hals über Kopf zur Ausführung, so daß mehrere Leute zu viel den Reisepaß erhielten [3]; die in Haft Gebliebenen

[1] „Anmerkungen über die Einrichtung des Werk- und Zuchthauses." 17. März. 1784 und W.H. 2841.

[2] Akten Kriegssachen und Z.A. 2840. Die Anstalt versteckte Fahnen, Waffen und andere Kriegsgeräte, und wurde während der Kriegszeit vom Markgrafen mit einer besonderen Geldspende unterstützt.

[3] Vorgesehen waren nach der namentlichen Liste 57, dazu die versehentlich Entlassenen; die Illenauer Akten sprechen überall von 64 aus 104. Einen Mann weiter requirierten sich in letzter Stunde die Österreicher als Spion, ohne auf den Protest des Verwalters zu achten.

ıtten umsonst auf die Barmherzigkeit der Franzosen gehofft; eine ın einen getreuen französischen General" gerichtete Eingabe, in elcher sie für den Fall der Befreiung ihre Dankbarkeit zu beweisen ersprachen, scheint ihre Bestimmung nicht erreicht zu haben. Die eamten und Ärzte des Hauses harrten auf ihren Posten aus; zeitweise iente die Anstalt als Militärlazarett, wobei die Behandlung der oldaten dem Waisenhausarzt überlassen war. Die Not der Zeit pricht aus allen Blättern und klingt auch aus Schriftstücken, in enen man nichts dergleichen erwartet: Ein Beamter der Armenbehörde verrechnet die Kosten für einen Mann, der wegen eines beim Durchzug der französischen Armee erlittenen Vermögensverlustes n Schwermut gefallen war. Am Schlusse des in trockenem Amtsstiel gehaltenen Geschäftsbriefes an die Waisenhausverwaltung bricht aus den nüchternen Zeilen unvermittelt heiß sein gequältes Herz hervor: „Die Vorsehung gebe bald den Frieden, in welchem Wunsche alle guten Menschen einig sind."

Das Jahr 1803 erfüllte vorläufig diesen Wunsch; der Reichsdeputationshauptschluß wälzte die Karte Deutschlands um und gab Baden ungefähr die heutigen Grenzen. Der damit erwachsenen Aufgaben nahm sich die Regierung unverzüglich an und suchte alsbald die gemeinnützigen Einrichtungen der neuerworbenen Gebietsteile denen von Altbaden gleichwertig zu gestalten. Da der aus dem einstigen Fürstbistum Speier und der ehemaligen Kurpfalz gebildete Verwaltungsbezirk eines Siechenhauses ermangelte, erließ die Regierung ein Rundschreiben [1]) an die kommunalen und medizinischen Behörden um Vorschläge für die Errichtung „eines Instituts für bösartige Kranke", dessen Unentbehrlichkeit für eine so große Provinz rückhaltlos anerkannt wurde, „während es in voriger Zeit wegen der in viele kleine Lappen zerteilten Deutschlande untunlich gewesen sei, für jedes kleine Ländchen ein Kontumaz oder Siechenhaus zu errichten". Die Umfrage erzeugte manches schöne Wort der Humanität und des Mitleids, aber wenig wirklich brauchbare Gesichtspunkte. Den Kernpunkt traf der Bruchsaler Amtsphysikus Hofrat Dr. *Hirsch*: „Alles in unserer Zeit spricht von Menschenliebe", aber ohne Geld vermögen die schönsten Reden nichts, „nur Geld her, dann ist's leicht,

[1]) M.A. 1963.



auf dem elendesten Dorf die berühmteste Universität zu errichten!"
Die Regierung spürte die Richtigkeit dieser Betrachtungen selber
an allen Ecken und Enden, und da sie *Hirschs* Rat, das tote Kapital
der Kirche für diese Zwecke flüssig zu machen, nicht billigte, mußte
die Pfalz auf ein eigenes Siechenhaus verzichten. Statt dessen sollte
die Pforzheimer Anstalt das „allgemeine Irren- und Siechenhaus"
abgeben; durch Aufhebung des Zuchthauses sollte für die bisher im
Mannheimer Zuchthaus gehaltenen Geisteskranken Platz gewonnen
werden.

Es war das Mannheimer Zuchthaus im Jahre 1749 erstellt worden,
um „Stadt und Land mehr als bisher von dem heillosen, liederlichen
Gesindel schädlicher Vagabunden, auch anderer der Zuchthausstraf unterworfener
Lotterbuben, Metzen und Dirnen zu reinigen"[1]. Gleich wie
die Pforzheimer Anstalt war es Toll-, Waisen- und Findelhaus und enthielt
Fabriken. Die Waisen- und Findelkinder bewohnten einen besonderen
Flügel; die Wahnsinnigen lagen in einem Gewölbe des Zuchthauses.
Während *Howard* das Haus noch als sauber schildert, fand *Wagnitz* hier
unbeschreibliches Elend. „Kaum einige Augenblicke konnte ich den Anblick
der zerrissenen schmutzigen Bettlaken, der Unsauberkeit des Gerätes
und die pestilenzialische Luft, die hier herrschte, ertragen — die Wahnsinnigen
lagen zum Teil auf Stroh, zum Teil machten sie sitzend das fürchterlichste
Geschrei gegeneinander. Der Verwalter schien mir zu gleichgültig
in Ansehung dieser Unglücklichen zu sein. Zum Beweise darf ich nur
anführen, daß er mir einen aus ihrer Mitte zeigte und von ihm erzählte,
daß, wenn er einen Schoppen Branntwein bekäme, er von seinen Reisen
Wunderdinge zu sagen wüßte. Ich gab ihm hierüber meine große Befremdung
zu erkennen, worauf er mir aber kaltblütig genug erwiderte,
daß der Branntwein diesen Leuten weiter keinen Schaden täte." Und
der Zucht- und Waisenhausarzt Dr. *Mai* schreibt[2]: „Das hiesige Zucht-
und Waisenhaus liegt in einer Nachbarschaft, welche sehr wenig für die
Gesundheit der Inwohner verspricht. Gegen Sonnenaufgang düften die
stinkenden Stadtgräben und ein sehr bevölkerter Gottesacker (der lutherische
Friedhof) allerliebste Dünste aus, hier sind die Arbeits-, Schlaf-
und Krankenzimmer angebracht. Gegen Mitternacht und Sonnenuntergang
sind zahlreiche Mistgruben und Schweineställe angebaut, welche
den umliegenden Dunstkreis sehr verbessern. Der einzige Ort, woher
noch von Mittag frische Luft zudringen konnte, wurde verwichenen
Sommer mit einem sehr hohen Scheunenbaue zugebaut, damit ja keine

[1] *Fr. Walter*, Geschichte Mannheims von den ersten Anfängen
bis zum Übergang an Baden. Mannheim 1907.

[2] Rheinische Beiträge, zitiert nach *Walter* a. a. O.

frische Luft in die Kerker einwehen möge. Hingegen wurde (zum ewigen Ruhm sei dieses verkündigt) eine vortreffliche Luftpumpe angeschafft, welche diese Baufehler verbessern soll." Der Hausarzt kam jeweils auf Anfordern in die Anstalt und mußte „über die Beschaffenheit, mögliche oder unmögliche Heilung und allenfalsige Entlassung der im Haus befindlichen Kranken" einmal jährlich Bericht erstatten, was er sehr summarisch erledigte: z. B. „der Jude X, 3 Jahr 4 Monat im Haus, ein wahres Vieh in menschlicher Gestalt"[1]).

Am 9. Juli 1804 ging eine Regierungskommission mit dem Waisenhausarzt Dr. *Renner* die dort befindlichen Geisteskranken durch, „um zu bestimmen, welche von denselben in das allgemeine Irrenhaus zu versetzen oder bei ander Anstalten dahier unterzubringen oder ihrer Freiheit zu überlassen seien". Von den 34 Patienten entzog sich einer der Verpflanzung durch den Tod, einer wurde von seiner Frau zurückgenommen, und einen betrachtete man als fürs Tollhaus ungeeignet und wollte ihn im Bruchsaler Korrektionshaus unterbringen. Als dieses ihn ablehnte, wurde er als Soldat beim dortigen Jägerkorps angemeldet. Mit dem billigen Verfahren, jugendliche Irre unter das Militär zu stecken, hatte der Mannheimer Stadtrat sich schon früher Mißerfolge geholt, da er jedesmal zu seiner Verwunderung erfahren mußte, daß Geisteskranke da nicht gut täten und eben doch ins Tollhaus gehörten. Den Schlüssel zum Verständnis dieser Versuche liefert die Tatsache, daß man sonst jugendliche Missetäter, deren Vergehungen nicht mit Geld zu sühnen waren, zum Soldatenstand verdammte[2]), woraus die Auffassung entsprungen sein mag, den Heeresdienst als gelindere Vertretung des Zuchthauses in allen Fragen anzusehen. Die übrigen Mannheimer Patienten wurden mit Zustimmung ihrer Angehörigen am 21. September 1804 nach Pforzheim überführt, nachdem man schon 4 Tage zuvor von Pforzheim 34 Kapitalverbrecher nach Mannheim und 57 Leichtere nach Bruchsal[3]) trans-

[1]) Aus den Akten der nach Pforzheim übernommenen Kranken.

[2]) *K. Hauck*, Geschichte der Stadt Mannheim zur Zeit ihres Überganges an Baden. Leipzig 1899. In: Forschungen zur Geschichte Mannheims und der Pfalz. II.

[3]) Das Bruchsaler Zuchthaus war wie das Mannheimer 1803 an Baden gekommen. Gegründet war es 1776 in einem Flügel einer alten Kaserne; im anderen Flügel wurde ein Waisenhaus eingerichtet. Das Zuchthausstatut zeigt mit dem der Pforzheimer Anstalt manche Ähnlichkeit, vielleicht hat ihm letzteres Modell gestanden. Es ist enthalten in



portiert hatte. In Pforzheim zurück blieben gegen 10 Korrektionäre[1], die der Anstalt den Nebentitel „Korrektionshaus" erhielten. In den Mittelpunkt des Ganzen traten von jetzt ab die Kranken, unter denen an Zahl die Irren immer mehr überwogen.

So hatte sich nach 86 jährigem Bestehen die im Jahre 1718 gegründete Zufluchtstätte gescheiterter Existenzen und Versorgungsanstalt sämtlicher sozialen Invaliden endgültig in ihre Hauptzweige aufgespalten. Bei der Gründung hatte es sich in erster Linie darum gehandelt, jene Elemente zu sammeln, welche durch die Kriegsläufte und andere widrige Umstände um Besitz oder Gesundheit gekommen waren oder als unstete Vagabunden die Straßen unsicher machten. Diesen im Kampf ums Dasein Gestrandeten hatte man ohne Bedenken diejenigen angegliedert, welche noch nicht imstande waren, diesen Kampf selbständig aufzunehmen, und hatte endlich auch die Siechen und Irren diesen anderen Hilfsbedürftigen oder Gemeingefährlichen als in beiden Beziehungen verwandt betrachtet. Auch die Pfründner wären vielleicht in dem patriarchalischen Gefüge nicht allzusehr als wesensfremder Bestandteil aufgefallen, wenn sie sich einigermaßen der Ordnung gefügt hätten. So mußten sie aus äußeren und inneren Gründen als erste vom gemeinsamen Stamm abfallen und die allgemeine Spaltung beginnen. Die Unterbringung der Geisteskranken entwickelte sich allmählich aus einem Anhängsel zu einem selbständigen Zweig der staatlichen Fürsorgeanstalten, und der durch die Umwälzung von 1803 gegebene Anstoß fand die inneren Bedingungen einer Entmischung von Züchtlingen und Geisteskranken in der vorherigen räumlichen Trennung und verschiedenen Behandlung beider Gattungen längst vorbereitet. So wandelte sich die Bestimmung der Anstalt: noch um 1750 werden die Tollen einfach verwahrt, weil

„Sammlung der Bischöfl. Speyerischen Verordnung von 1720—1786", daraus die Zuchthausordnung veröffentlicht in: Ein Zuchthaus vor 100 Jahren, Blätter für Gefängniskunde, Bd. 3, 1868. Am 3. Oktober 1792 sind „bei dem wegen dem Übergang der Franzosen über den Rhein sich verbreiteten blinden Lärmen sämtliche Züchtlinge aus dem Bruchsaler Zuchthaus wegen der auch von den dortigen Zuchtmeistern ergriffenen Flucht entwichen". Die Nachricht gelangte noch am selben Abend nach Pforzheim, wo *Eisenlohr* schleunigst Vorkehrungen traf, um ähnliches zu verhüten.

[1]) W.H. 2515.



sie nicht ohne Abscheu oder Gefahr im Publikum gelassen werden können; um 1775 sollen die Irren nicht nur eingesperrt, sondern auch einer Kur unterzogen werden, und 1804 soll „vorzüglich darauf gesehen werden, daß der Anstalt eine solche Einrichtung gegeben werde, wodurch nicht bloß die Aufbewahrung der unglücklichen Bewohner erreicht, sondern hauptsächlich die Heilung derselben befördert wird“ [1]). Erst mit der Einführung der Heilungsabsicht als Grundlage scheidet sich die Geschichte der Irrenanstalt durch ein wesentlich neues Moment von der Geschichte der Hygiene beliebiger anderer Zwangsanstalten [2]), indem der neue Zweck nicht nur den Betrieb, sondern schon von vornherein die Einrichtung und Anlage der Anstalt anders gestaltet.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts finden wir den Geisteskranken aus den Händen der polizeilichen in die der ärztlichen Fürsorge gelangt und den Arzt am Scheideweg zwischen theoretisch-spekulativer und praktischer Psychiatrie. Klinische Beobachtung begann die Erforschung geistiger Krankheitszustände auf naturwissenschaftlichen Boden zu stellen. Die praktischen Folgerungen der seitdem verfeinerten Erkenntnis auf diesem Gebiet berühren nicht allein den Geisteskranken, sondern auch seinen Bruder von einst, den Verbrecher. Gleichwohl ist mit der Einbeziehung des Kriminellen in das psychiatrische Studienbereich die trennende Wand, welche eine fortschreitende Kultur zwischen ihm und dem Irren gebaut hat, keineswegs eingestürzt. Es ist nur aus der Grenzlinie ein Grenzgebiet geworden, für das die Gegenwart im Begriff ist, einen neuen Maßstab zu gewinnen.

---

[1]) Bericht des Verwalters *Eisenlohr* vom 22. Juli 1810. Zweck der Anstalt.

[2]) Angesichts dieser Umstände mußte im Vorliegenden die allgemeine Anstaltshygiene einen breiteren Raum einnehmen als das eigentlich Psychiatrische; letzteres wird in einem 2. Aufsatz mehr zur Geltung kommen, welcher das Irren- und Siechenhaus von 1804—1826 behandeln soll.



Ein Beitrag zum Verständnis der Tierseele.

Von Dr. **Ludwig Wilser**, Heidelberg,
Arzt in Illenau 1876—78.

(Hierzu 1 Textfigur.)

In die Grenzgebiete der Psychiatrie fällt auch die Vergleichung der menschlichen mit der tierischen Seele (Psyche), wenn wir mit diesem Wort alle geistigen Fähigkeiten zusammenfassen. Als Anhänger und Verteidiger einer von jeder Einseitigkeit und Übertreibung freien, sich vor voreiligen Schlüssen hütenden und ganz auf den Boden der Tatsachen stellenden Entwicklungslehre hatte ich von jeher angenommen, daß beide nicht dem Wesen, sondern nur dem Maße nach verschieden seien, wie ja auch das Gehirn, Sitz und Werkzeug des Seelenlebens und Denkvermögens, bei den höheren Tieren in ähnlicher Weise, wenn auch selbstverständlich weniger vollkommen, gebaut und eingerichtet ist. Die Kluft zwischen tierischer und menschlicher Geistestätigkeit hatte ich aber mit den meisten angesehenen Forschern für sehr groß gehalten, offenbar für größer, als sie nach den neuesten Beobachtungen in Wirklichkeit zu sein scheint.

Den Streit um den „klugen Hans“ und die anderen „denkenden Pferde“ von Elberfeld verfolge ich seit Jahren mit Aufmerksamkeit und war anfänglich ebenso bedenklich und zweifelnd wie wohl fast alle Leser dieser Blätter. Mit der Zeit mehrten sich aber doch die Stimmen, die auf Grund sorgfältiger Prüfung der Tiere diesen ein selbständiges Denken, insbesondere eine überraschende Rechenkunst zugestanden, und auch bei mir bereitete sich schon langsam ein Umschwung der Meinung vor, als ich vor einigen Monaten zufällig hörte, daß sich ganz in meiner Nähe, in Mannheim, und zwar im Besitz eines alten Bekannten, ein ähnlich befähigter Hund befinde. Selbstverständlich machte mich diese Kunde ungemein neugierig, aber mein Wunsch, das merkwürdige Tier durch eigene Anschauung kennen zu lernen,



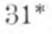
ußte aus verschiedenen Gründen, Reisen, Krankheiten des Hundes lbst — er ist wie viele Wunderkinder zugleich ein Sorgenkind — ad seiner hauptsächlich mit ihm sich abgebenden Herrin, immer ieder zurückgestellt werden. Nur durch briefliche Mitteilung meines reundes [1]) erfuhr ich einige Einzelheiten, die meine Spannung noch höhten.

Meinem Vorsatz, kein Wort über die Sache verlauten zu lassen, he ich aus eigener Erfahrung reden könnte, wurde ich in Münster ntreu, als in der psychiatrischen Abteilung der Naturforscherverammlung anläßlich eines Vortrags über das Seelenleben der großen Affen auch die Elberfelder Pferde erwähnt wurden. Nun glaubte ich mit dem Mannheimer Hund nicht hinter dem Berge halten zu dürfen, doch wurden meine kurzen, auf den Brief meines Bekannten sich stützenden Mitteilungen mit Kopfschütteln und Gelächter aufgenommen. Ich nehme dies den anwesenden Herren um so weniger übel, als ich ja selbst früher diese Zweifel geteilt hatte. Jetzt aber nach eingehender Untersuchung von „Rolf" — so heißt der ungefähr zweijährige Terrier — muß ich sagen, wenn irgendwo, paßt hier Hamlets Wort:

> Mehr Dinge gibts im Himmel und auf Erden,
> Als eure Schulweisheit sich träumen läßt.

Endlich, am 30. November 1912, bekam ich den Hund zu sehen, der in jeder Hinsicht meine Erwartungen übertraf. Ein sehr glückliches Zusammentreffen war es auch, daß am gleichen Tage Herr *Krall* aus Elberfeld anwesend war, dem ja auf diesem Gebiet eine große Erfahrung zu Gebote steht, und der eine auffallende Übereinstimmung der Leistungen „Rolfs" mit denen seiner Pferde „Muhamed" und „Zarif" feststellen konnte. Ein Unterschied besteht jedoch: die Pferde wurden planmäßig jahrelang abgerichtet oder, besser gesagt, unterrichtet, während der Hund, das bekannte Wort „alles ist Dressur" geradezu umkehrend, fast alles aus eigener Kraft erreicht hat. Ganz zufällig, während einer Rechenstunde der Kinder des Hauses, seiner Spielgefährten, wurden seine Fähigkeiten entdeckt, und der ganze Unterrichtsgang bestand darin, daß ihm seine Herrin, die aber selbst keine große Rechenkünstlerin ist, allmählich immer schwierigere

[1]) Er ist Rechtsanwalt in Mannheim.



Fragen und Aufgaben stellte. Um dem Tier den Ausdruck seiner Gedanken möglich zu machen, haben beide in gemeinsamer Arbeit eine Buchstabiertafel aufgestellt, die jetzt allen Übungen zugrunde liegt, einfacher ist als die Elberfelder und so aussieht:

a	b	c	d	e (oder ei)	f	g	h	i	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	z
4	7	24	9	10	1	11	12	13	14	5	8	6	2	15	25	3	16	17	18	20	19	21	23

Allgemeines: ja (2) nein (3) müde (4) Gasse (= natürl. Bedürfnis: 5) Bett (7).

Die Zahlen werden durch Pfotenschläge angegeben, die Zehner zuerst, dann nach kurzer Pause die Einer. Am liebsten tippt der Hund in die Hand der Frau M., doch auch auf eine geneigte Ebene, einen festen Aktendeckel, ein dünnes Buch oder dergleichen. Sieht man sich die Tafel näher an, so fällt einem auf, daß die häufigsten Buchstaben meist auch die niedrigsten Zahlen haben, doch hat manchmal offenbar auch der Zufall mitgespielt, so z. B. die Ordnung des Alphabets von d bis k (mit Unterbrechung von f), von s bis x (mit Umstellung von v und w), usf. Jetzt hält „Rolf" streng an der einmal getroffenen Vereinbarung fest und irrt sich nie darin.

Wie alle Künstler ist auch unser Hund Launen und Stimmungen unterworfen, nicht jeden Tag gleich gut aufgelegt und gleich arbeitwillig. Viel hängt davon ab, ob ihm die Besucher „sympathisch" sind oder nicht. Wir hatten das Glück, unsere freundliche Begrüßung und Liebkosung gut aufgenommen und durch Pfötchengeben erwidert zu sehen. Die Vorstellung begann damit, daß die Frau des Hauses, auf Herrn *Krall*, dessen Bild sie mit Namensnennung ihrem Zögling am Tag vorher gezeigt hatte, deutend, fragte: Rolf, kennst du den Herrn? A.: ja. Weißt du seinen Namen noch? A.: ja. Kannst du ihn buchstabieren? A.: ja. So tu's. A.: K r l. Richtig, aber was fehlt noch? A.: l. Gewiß, aber noch etwas, die Hauptsache; paß auf, der Name lautet Krall (mit starker Betonung des a). Also? A.: a. Für diesen vielversprechenden Anfang, der uns beide sehr überraschte und besonders den Träger des Namens erfreute, wurde Rolf zur Aufmunterung mit einigen Stückchen Fleisch belohnt. Weitere Frage: Wieviel Stückchen sind jetzt noch auf dem Teller? Sofort richtige Antwort: 8. Nun wurde ihm das Bild eines der Elberfelder Hengste vorgehalten mit der Frage: Weißt du noch wie der heißt? A.: ja. Wie denn? A.: zarf. Gut, es fehlt nur eine Kleinigkeit in seinem



[N]amen „Zarif" (mit Betonung der zweiten Silbe), welche? A : i. [W]enn das Tier müde zu werden schien, was sich an dem Ausdruck [d]er lebhaften Augen, am Spiel der Ohren und des Schwänzchens [er]kennen ließ, was es aber hie und da auch selbst durch vier Pfoten-[s]triche mitzuteilen sich erlaubte, wurden kleine Pausen gemacht, [w]ährend welcher die Erwachsenen sich unterhielten und Rolf ganz [w]ie andere junge Hunde mit einem der ab und zu gehenden Kinder [s]pielte. Nun wurden ihm vier Geldstücke. aus Gold, Silber, Nickel



[u]nd Kupfer, die wir aus unseren Geldtäschchen zusammengesucht [h]atten, nacheinander kurz vorgehalten mit der Frage: Wie viel ist [d]as? Zuerst die Mark! A.: 1 Zehner, 1 Einer. Jetzt die Pfennige [A].: 1 Zehner, 1 Einer. Die Münzen waren: ein Zehnmarkstück, eine [M]ark, ein Nickelzehner und ein Pfennig. Dabei erzählte der Herr [d]es Hauses folgende Geschichte, die ich nicht so hoch bewerte wie [d]ie eigenen Beobachtungen, aber doch nicht unterdrücken möchte: [Ei]n Besuch hatte einmal eine Biermarke mitgebracht, um Rolf auf

den Leim zu locken. Dieser antwortete auf die Frage: Ist das Gold? Nein. Silber? Nein. Kupfer? Nein. Überhaupt Geld? Nein. Was steht darauf? 12 (soviel kostet in der betreffenden Wirtschaft ein Glas Bier). Nun kamen einige Rechenaufgaben, erst leichtere, dann schwerere, zuletzt als Glanzpunkt einige Wurzeln, die das Zimmermädchen unterdessen aus einer Tabelle abgeschrieben hatte und in zwei verschlossenen Umschlägen, Aufgaben und Lösungen getrennt, hereinbrachte. Zwei davon wurden von Herrn *Krall* ausgewählt und dem Hunde nicht vorgelesen, sondern nur vorgehalten mit der Bemerkung: Zieh daraus die zweite bzw. die dritte Wurzel! Nach kurzem Besinnen beantwortete der Hund, wie ich nach geöffnetem Umschlag feststellte, beide Fragen richtig: $\sqrt{3969} = 63$, $\sqrt[3]{110592} = 48$ Wir alle hätten dies nicht im Kopf ausrechnen können. Als ich mich von meinem Staunen erholt und Rolf sich wieder durch einen kleinen Imbiß gestärkt hatte, bat ich seine Herrin, ihn meinen ihm ganz unbekannten Namen buchstabieren zu lassen. Höre mal, sagte sie, der Herr ist ein Freund von Papa, aus Heidelberg und heißt Wilser. Hast du verstanden? A.: ja. Wie war der Name? A.: w i m. Halt, du scheinst nicht richtig gehört zu haben. Soll ich dir den Namen noch einmal vorsprechen? A.: nein. Du weißt ihn also noch? A.: ja. Nun, dann weiter! A.: l s r. Mit dem fehlenden e wollten wir das brave Tier, das, ganz wie die Elberfelder Pferde, nur nach dem Laut sich richtet und Vokale öfter wegläßt, nicht weiter quälen. Herr *Krall* klopfte ihm liebkosend den klugen Kopf und fragte: Soll ich meinen beiden Schülern „Muhamed“ und „Zarif“ etwas von dir ausrichten? A.: ja. Was denn? A.: g r u s. Wir alle klatschten Beifall, Frau M. aber sagte: Nun ist's aber genug für heute. Was sagst du denn zu den Herren, die dich heute besucht haben? A.: ad!

Über Rolfs Herkunft ist nichts Genaueres zu ermitteln; er ist ein von der Straße aufgelesener Findling, aber anscheinend von guter Rasse. Welche Schlüsse die Wissenschaft im allgemeinen und der Irrenarzt im besonderen aus diesen Beobachtungen, für deren Zuverlässigkeit ich mich mit meinem Namen verbürge, ziehen kann, will ich hier nicht weiter verfolgen. Eines aber ist klar: wir werden in Zukunft die geistigen Fähigkeiten der Tiere höher, die absprechenden

Urteile[1]) mancher Gelehrten über die Elberfelder Pferde niedriger einschätzen müssen als bisher. Es wäre jedoch sicher verkehrt, bei allen Gattungsgenossen der besprochenen Tiere annähernd gleiche Fähigkeiten vorauszusetzen; auch unter ihnen gibt es offenbar vereinzelte „Wunderkinder" und Rechengenies.

Während wir noch die Eindrücke der Untersuchung besprachen, wurden wir durch das Summen der Propeller ans Fenster gelockt und sahen in stolzer Fahrt die „Viktoria Luise" über die Stadt hinschweben. Wer hätte vor 20 Jahren so etwas für möglich gehalten?

„Das Alte fällt, es ändert sich die Zeit,"

und mit ihr manche Anschauungen, die früher Gemeingut der Gelehrten waren. Durch entwicklungsgeschichtliche, auf Leib und Seele sich beziehende Forschungen überbrückt sich die Kluft zwischen Tier und Mensch mehr und mehr. Immer noch steht aber dieser hoch über allen anderen Geschöpfen, und was ihm diesen Vorrang sichert, ist vor allem die nur ihm eigene Sprache. Denn, habe ich zu Münster[2]) in meinem Vortrag über „Hirn, Hand, Mund" gesagt, zu Wörtern verdichtete Vorstellungen und Begriffe bilden die Voraussetzung für jedes höhere Denken.

---

[1]) Vgl. *O. Pfungst*, Das Pferd des Herrn von Osten, 1907. — *K. Krall*, Denkende Tiere, Beiträge zur Tierseelenkunde auf Grund eigener Versuche. Leipzig, F. Engelmann, 1912. — *O. te Kloot*, Die denkenden Pferde Hans, Muhamed und Zarif. Berlin, W. Borngräber, 1912.

[2]) Verhandlungen II 1, S. 274.

Die Entwicklung des Bauwesens der Irrenanstalten.

Von Medizinalrat Dr. **Max Fischer**-Wiesloch,
Arzt in Illenau 1889—92 und 1898—1905.

Zu eben der Zeit, als *Heinrich Schüle*, der rüstige, fast 73 jährige Jubilar des heutigen Tages, geboren wurde — am 24. August 1840 —, war die Anstalt, der sein ganzes berufliches Lebenswerk durch nun 50 arbeitsreiche Jahre hindurch — ein Beispiel seltener Treue — gelten sollte, Illenau, gerade selbst erst in der Entstehung begriffen; in den Jahren 1837 bis 1842 ist es erbaut und am 23. September 1842 eröffnet worden.

Wir greifen damit zugleich — und die Möglichkeit dieses Sprunges innerhalb der Lebenszeit eines Menschen ist ein guter Beweis für die Jugend unserer Disziplin — in die ersten Anfänge der bewußten Entwicklung und Selbständigmachung der Irrenheilkunde und Irrenfürsorge zurück, in die Zeit ihrer Loslösung aus der jahrhundertelangen Verquickung mit den Verwahrungsanstalten, ihrer Entfaltung zu besonderen Krankenanstalten und damit auch der Anerkennung der Psychiatrie als eines eigenen gleichwertigen und bedeutsamen Zweiges der Heilkunde überhaupt.

Gerade aber das praktische Irrenwesen, d. h. vor allem die Krankenhausversorgung der Irren, wurde mit der Gründung von Illenau erst eigentlich in planmäßige, rein ärztlich durchdachte Formen und Normen geleitet.

Vor dieser Zeit hatte man sich bis in die Mitte und gegen Ende des 18. Jahrhunderts damit begnügt, die Geisteskranken entweder in allgemeinen Krankenanstalten unter den körperlich Kranken und Siechen oder kaum recht von ihnen geschieden, so gut es eben ging, unterzubringen oder sie aber in Strafanstalten und Arbeitshäusern mit Zuchthäuslern, Verbrechern und Korrigenden zusammen zu verwahren.

Die mildere Vereinigung — Irre und Sieche — sehen wir ausnahmsweise z. B. in den ursprünglich hessischen Landesteilen schon im 16. Jahr-

undert angewandt, wo durch Philipp den Großmütigen die Geisteskranken vermischt mit den Siechen („die armen Wahnsinnigen und Preßaften“) in aufgehobenen Klöstern untergebracht worden waren; so in Iofheim, Haina und Merxhausen, alle drei für diesen Zweck im Jahre 533 bereitgestellt.

Im Jahre 1786 wurde ferner zu Blankenburg in Oldenburg durch Herzog Peter ebenfalls ein früheres Kloster in ein Hospital für Irre und Preßhafte umgewandelt.

Auch bei der Begründung des berühmten Juliushospitals in Würzburg waren schon im Jahre 1576 besondere Räume für Geisteskranke des Bistums, allerdings in Verbindung mit dem übrigen Spital, vorgesehen worden, und im Jahre 1743 wurde darin eine selbständige Station, sicher eine der ersten Heilstätten für Geisteskranke in Deutschland, begründet. Wie hier so trat auch in anderen größeren Städten, wie leicht begreiflich, zuerst die Notwendigkeit einer besonderen Fürsorge für Geisteskranke hervor. So sehen wir z. B. in Frankfurt a. M. im Jahre 1785 ein eigenes Gebäude für Irrenversorgung entstehen. In Berlin, wo seit 1709, allerdings in gänzlich unzulänglichen Verhältnissen, die Geisteskranken besondere Lokale erhalten hatten, wurden im Jahre 1799 in der Charité provisorische und von 1818 an definitive Stationen eingerichtet.

In Königsberg bestand seit dem Jahre 1789 ein Teil des Spitals als eigenes Haus für Geisteskranke, das im Jahre 1815 zum Provinzialinstitut umgewandelt wurde; in baulicher Hinsicht genügte es allerdings nur bescheidenen Ansprüchen.

Nur selten finden wir auch außerhalb der Städte für größere Bezirke Ansätze einer besonderen Anstaltsfürsorge, wie z. B. in der Anstalt in Brieg in Schlesien, wo im Jahre 1750 eine eigene Abteilung für Geisteskranke gegründet wurde, und in St. Georgen in Bayreuth, wo seit 1791 eine Station für Geisteskranke bestand, die dann im Jahre 1805 durch *Langermann*, einen der ersten Reformatoren in Deutschland auf dem Gebiet der Irrenfürsorge, in eine Heilanstalt für Geisteskranke umgewandelt wurde. Im gleichen Jahre 1805 wurde auch in St. Getreu in Bamberg eine Irrenheilanstalt ins Leben gerufen.

Damit sind wir bereits in die erste Zeit der bewußten, praktischen Irrenfürsorge eingetreten. Man konnte sich nicht länger der Einsicht verschließen, daß es für die Pflege und Obsorge dieser besonderen Art von armen, unglücklichen Leidenden vor allem erforderlich sei, besondere Unterkunftstätten zu schaffen, sie von anderen Kranken oder gar von den moralisch Verkommenen ganz zu trennen. Das Mitleid im erwachenden Zeitalter der Humanität war hierbei die erste Triebfeder.

In die gleiche Zeit fällt nun die Säkularisierung der zahlreichen Klöster in Deutschland. Im Anschluß an den Frieden von Luneville 1801, durch den das linke Rheinufer mit seinen blühenden Landesteilen an Frankreich abgetreten worden war, wurden die deutschen Fürsten und

Reichsstände in den Verhandlungen des Reichsdeputationshauptschlusses — 1803 — für ihre dem Eroberer Napoleon bewiesene Bereitwilligkeit entschädigt durch die Aufhebung einer großen Anzahl von Stiften, Abteien, Klöstern und Reichsstädten mit ihren ausgedehnten und reichen Besitztümern. Sie wurden alle in weltliches Eigentum, und zwar bezeichnenderweise meist in das der Fürsten selbst, übergeführt; alles in allem genommen war es ein unwürdiger Handel.

Für die gerade beginnenden Bestrebungen, das Los der Geisteskranken zu mildern und sie in eigenen Krankenhäusern zu verpflegen, muß dieses Freiwerden der Klöster aber, wie man auch sonst darüber urteilen mag, als ein ganz besonders glückliches Zusammentreffen bezeichnet werden. Denn damit ergaben sich ungezwungen wie von selbst aller Orten die geeigneten Räumlichkeiten für diesen neuen Zweck. Die damaligen Ansprüche und Forderungen der Krankenfürsorge waren zudem und zwar auf lange Zeit hinaus keine anderen als sie in den Klostergebäuden selbst anzutreffen waren: ausgedehnte zusammenhängende Gebäudekomplexe, an großen Längskorridoren gelegene größere und kleinere Räume und Einzelzimmer. Auch aus irgendeinem Grunde freigewordene größere Güter und Schloßbauten, aber auch Arbeitshäuser und Strafanstalten konnten für Irrenfürsorgezwecke verwendet werden. So sehen wir denn, wie am Anfang des 19. Jahrhunderts eine ganze Reihe derartiger Gebäude nacheinander zu Krankenanstalten für Geisteskranke bestimmt und eingerichtet werden. Es ist die Zeit der Adaptierung vorhandener Bauten zu Irrenanstalten.

Auf diese Art entstandene Irrenanstalten sind z. B.: Strelitz — 1805, früheres Zuchthaus; der Sonnenstein — 1811, aus Schloß- und Festungsbauten entstanden; Sorau — 1812, kurfürstliches Schloß; Zwiefalten — 1812, früheres Kloster; Marsberg — 1814, Kapuzinerkloster; Gotha — 1820, adaptiertes Gebäude; Frankenthal — 1820, Kapuzinerkloster, dann Porzellanfabrik; Plagwitz — 1824, Schloß. Siegburg — 1825, vorher Kloster, die erste Anstalt Deutschlands, deren Direktion ein Arzt erhielt. Unter der Leitung des edeln *Jacobi*, eines für seinen aufgehenden Beruf wahrhaft begeisterten Arztes, wurde es eine der ersten Hochburgen der praktischen Psychiatrie, zur Unterrichtung und Ratserholung viel besucht von den Irrenärzten jener Zeit. Erst kürzlich hat *Pelman* in den „Erinnerungen eines alten Irrenarztes" (1912) das Gedächtnis an jene ersten Anfänge psychiatrischen Wirkens durch seine überaus anschaulichen Schilderungen wieder erweckt. Ferner Heidelberg — 1826, Jesuitenkonvikt; Hildesheim — 1827, aus drei Klöstern; Brieg — 1829, Kloster, dann Strafanstalt; Colditz — 1829/30, ehemaliges Schloß, dann Armenhaus; Leubus — 1830, Zisterzienserkloster; Hall in Tirol — 1830, Kloster; Winnenthal — 1834, Komthurei; Stephansfeld — 1835, Kloster; Owinsk — 1838, Kloster. Aber auch fernerhin, in den folgenden Jahrzehnten, werden noch manche



Klöster, Schlösser und andere größere Gebäudekomplexe (Kasernen) in Irrenanstalten umgewandelt, und es wäre ein Irrtum zu glauben, daß diese Art der Entstehung von Irrenanstalten etwa nur auf jene ältere Zeit beschränkt geblieben wäre. Wurden mit der Zeit auch immer mehr Anstalten als Neubauten erstellt, so erstreckt sich doch danebenher jene Metamorphose sogar bis auf die neueste Zeit, angefangen von Werneck (Schloß) 1855 bis zu Kreuzburg (Armen- und Korrigendenanstalt) 1874, Schussenried (Kloster) 1875, Münster (Kloster) 1878, Eickelborn (Rittergut, dann Siechenanstalt) 1883, Tost (Arbeitshaus) 1890, Weißenau (Kloster) 1892, Freiburg i. Schl. (Kaserne) 1893, Lublinitz (Schloß, dann Amtsgericht) 1893.

Damit gelangen wir bis weit hinein in die Zeit der agrikolen Pavillonanstalt. Und diese neue Form selbst lehnt sich mit Vorliebe ebenfalls an einen schon vorhandenen Besitz, ein Schlößchen, ein Rittergut, Bauernhof, Vorwerk usw. an und benutzt die vorhandenen Gebäude, sei es zu Gutszwecken, sei es zu Wohnhäusern, sei es auch für Krankenwohnungen. Altscherbitz selbst, die Mutteranstalt, ist hiefür ein sprechendes Beispiel für viele.

Wir kehren zurück zu jenen ersten Zeiten der Entwicklung der praktischen Irrenfürsorge und des Anstaltswesens zu Anfang des 19. Jahrhunderts. So willkommen die freigewordenen Klöster für diese Zwecke waren, es war nicht überall, wo man für die Geisteskranken sorgen wollte, ein derartiges Gebäude gerade vorhanden oder frei zu machen. Andererseits erwachte aber zugleich in den fortschrittlich gerichteten ärztlichen Geistern der Zeit die Erkenntnis, daß die sachgemäße Behandlung unserer Kranken nur in besonderen Krankenhausverhältnissen, wie sie nur in neuen, eigens zu diesem Zwecke durchdachten Bauten geschaffen werden konnten, möglich sei. Es begann für das Anstaltswesen das Zeitalter der ärztlichen Fürsorge sich aus dem der allgemeinen Humanität zu entwickeln. Wir kommen damit zu den ersten Neubauten von eigentlichen Irrenanstalten.

Hier ist als Anfangsglied zu nennen die Anstalt Neu-Ruppin, eröffnet im Jahre 1801. Sie war ein einfacher, langgestreckter Korridorbau für etwa 100 Kranke und ihrem Charakter nach eine reine Pflegeanstalt; die Anstalt wurde im Jahre 1865 aufgehoben, die Kranken kamen nach Eberswalde. Später wurde ebenfalls bei Neu-Ruppin, jedoch auf einem anderen Gelände, eine große neue Provinzialirrenanstalt im Pavillonsystem erbaut und im Jahre 1897 eröffnet.

An zweiter Stelle wäre zu nennen Lindenhaus bei Lemgo, eröffnet 1811, gestiftet von der Fürstin Pauline zu Lippe, welche auch die



Pläne für Einrichtung und Ausbau der Anstalt selbst entworfen und dabei absichtlich und grundsätzlich jede Möglichkeit eines Restraint vermieden hatte; eine der übrigen Entwicklung weit vorauseilende und darum desto bemerkenswertere geschichtliche Tat !

Im Jahre 1820 wurde ferner die Anstalt Schleswig mit 112 Plätzen eröffnet; sie ist nach den Ideen und Angaben des damals weit berühmten französischen Irrenarztes *Esquirol* erbaut worden und bestand in ihrer ursprünglichen Anlage aus einem nach dem Innenhof offenen Viereck und zahlreichen kleinen Kammern, wozu noch ein halbrunder Anbau mit den Zellen kam.

Im Jahre 1830 wurde ein weiterer Neubau in der Anstalt Sachsenberg und zwar als reine Heilanstalt eröffnet; der ursprüngliche Plan des Schöpfers *Flemming* war allerdings auf eine gemischte Heil- und Pflegeanstalt gerichtet gewesen.

Im Jahre 1832 wurde in Prag eine neue Heilanstalt errichtet und mit der vorhandenen alten Pflegeanstalt verbunden.

Im Jahre 1835 wurde zu der älteren Pflegeanstalt in Marsberg eine neue Heilanstalt hinzugebaut und mit ihr verbunden.

Damit sind wir wieder in der Zeit der Gründung Illenaus, wovon wir ausgegangen sind, angelangt.

Bevor wir indessen weitergehen, möchten wir noch einiges speziell aus der Geschichte der Psychiatrie im Großherzogtum Baden im Zusammenhange nachtragen, womit wir eine nicht unwichtige Ergänzung zum vorausgeschickten allgemeinen Entwicklungsgange erhalten. In Baden besitzen wir an der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim ein altes ehrwürdiges Denkmal der Irrenfürsorge, wenn nicht sogar das älteste Irrenasyl in Deutschland.

Seine Anfänge gehen auf das frühe Mittelalter zurück; im Jahre 1322 stiftete hier nämlich die Markgräfin Luitgard, Gemahlin des Markgrafen Rudolf des Jungen, des IV. von Baden, ein Spital für „elende und arme Siechen". Hier fanden nicht nur körperlich Kranke und Pfründner, sondern auch Seelengestörte Aufnahme, sicher nachgewiesen seit dem Jahre 1511. Aus diesem Spital ist unter vielen Wandlungen (Verlegung in ein Kloster, Einäscherung und Wiederaufbau, innerer Verfall und Mißstände, Neuordnung usw.) im Laufe der Zeit die gegenwärtige Heil- und Pflegeanstalt hervorgegangen.

Bis ins 18. Jahrhundert hinein war das Spital, das in der Hauptsache ein Waisenhaus darstellte, mit dem Zuchthaus, dem Arbeitshaus, dem Pfründnerhaus und dem Irren- und Siechenhaus verbunden. Im Jahr 1718 war nach dem Brande der Neubau eingeweiht worden, 1719 waren 200, im Jahr 1760 gegen 300 Pfleglinge im ganzen dort untergebracht. Im Jahre 1752 wurden neue „Ordnungen" herausgegeben,

e den ganzen Dienst, auch den der Ärzte („Obliegenheiten der medici") gelten. Dreierlei Gattungen von Personen sollten Aufnahme finden: arme Waisen, 2. Wahnsinnige, 3. ekelerregende Kranke, wie Epileptische, rüppel und Krebskranke.

Im Jahr 1774 wurde das Waisenhaus aufgehoben, 1804 das Zuchtaus verlegt, die Züchtlinge nach Mannheim und Bruchsal gebracht, 308 kamen auch die vorhandenen Insassen des Korrektions- und Arbeitsauses nach Bruchsal. Die Anstalt blieb als Irren- und Siechenhaus beehen mit 74 Irren und 19 Siechen. Aus dem Mannheimer Irrenhaus, as mit dem Zuchthaus verbunden war, kamen 30 Irre nach Pforzheim.

Im Jahre 1803 hatte die Anstalt eine neue Organisation bekommen; arnach waren aufnahmefähig: 1. Melancholische, 2. rasende Wahnsinnige nd Blödsinnige, 3. Epileptische, 4. Kranke mit gefährlichen ansteckenden ınd ekelhaften Gebrechen.

Im Jahre 1804 erhielt die Anstalt ihren ersten eigenen Arzt in der Person des von der Regierung angestellten Großh. Badischen Irren- und Siechenhausphysikus Dr. *Johann Christian Roller* (geboren 1773), des Vaters des späteren berühmten Psychiaters und Gründers von Illenau. Damit, d. h. mit der neuen Organisation und der Anstellung eines Arztes, war erst ein eigentliches Irren- und Siechenhaus begründet. In seinem Buche: „Beschreibung der Stadt Pforzheim" 1811, S. 149—174, hat *Roller* eine eingehende Beschreibung der damaligen Anstaltsverhältnisse, der Verwaltung, der Regelung des Dienstes, der Behandlung der Kranken usw. gegeben. Es ist sehr lehrreich, in diesem alten Buche zu blättern. Bemerkenswert ist, daß schon *Roller* der ältere die Wohltätigkeit einer geregelten Beschäftigung der Geisteskranken richtig erkannte; er bedauerte nur, daß ihm bei der eingeschlossenen Lage der Anstalt innerhalb der Stadt nicht das nötige Gelände zur Garten- und Feldarbeit für seine Kranken zur Verfügung stand.

Die Mißstände und baulichen Unzulänglichkeiten der alten Anstalt, die doch immerhin eine bemerkenswerte Differenzierung in verschiedene Unterabteilungen zeigte, sah *Roller* klar ein. Er erhoffte von besseren Zeiten eine Neugründung in ländlicher Lage und vertrat seine Ansicht mutig in den Berichten an die Regierung. Leider wurde er seinem verdienstvollen Wirken, unter dem der Geist der Ordnung und der ärztlichen Fürsorge im Hause einzog, viel zu früh, im Jahre 1814 durch den Tod entzogen; er fiel in treuer Pflichterfüllung als ein Opfer der damals herrschenden Kriegstyphusepidemie.

In der Folgezeit trat die Notwendigkeit einer Änderung in den Pforzheimer Anstaltsverhältnissen immer dringender hervor. Da man aber infolge der Kriegswirren und der damit verbundenen Geldnot an keine Reform größeren Stils, insbesondere an keinen Neubau herangehen konnte, so versuchte man wenigstens die Irren von den Siechen vollständig zu trennen. Die Geisteskranken brachte man im Jahre 1826 nach



Heidelberg in ein aus dem früheren Jesuitenkonvikt adaptiertes Gebäude; für die Siechen wurde ein eigenes Haus in Pforzheim gebaut und 1826 bezogen, während in die alte Anstalt das Arbeitshaus verlegt wurde. Aber bereits nach wenigen Jahren erwies sich sowohl die Heidelberger Anstalt als auch das neue Siechenhaus in Pforzheim als zu klein. Schon vom Jahre 1829 an kamen wieder Geisteskranke nach Pforzheim in die früheren und die neuen Räume, so daß wieder Irre und Sieche und auch das Arbeitshaus auf demselben Areale vereinigt waren. Erst im Jahre 1854 wurde das Arbeitshaus (polizeiliche Verwahrungsanstalt) definitiv nach Kislau verlegt. Nun wurde die ganze Anstalt für Geisteskranke und Sieche eingerichtet. Vorübergehend nach der Eröffnung von Illenau war die Anstalt sogar durch die Überführung von 46 Kranken ganz frei von Irren gemacht worden; sehr bald aber mußten die Räume wieder für unheilbare Geisteskranke in Anspruch genommen werden, und so ist es bis auf den heutigen Tag geblieben. Im Jahre 1847 hatte die Anstalt ein neues Statut, 1849 eine neue Hausordnung, beides nach dem Illenauer Vorbild bekommen, und im Jahre 1854 wurde ihr, wie Illenau, der Name: „Heil- und Pflegeanstalt“ zugeteilt.

Aus dieser Darstellung der Geschichte der Pforzheimer Anstalt erkennen wir, von wie großer Bedeutung sie als älteste Stätte der Irrenfürsorge des Landes war. Und doch schließt sich die Entwicklung der neuen Zustände in unserem Irrenwesen nicht unmittelbar an sie, sondern an jenes bereits erwähnte vorübergehende Provisorium einer Irrenanstalt in Heidelberg an. Dagegen bleibt mit dem Namen *Roller*, und zwar dem des Sohnes jenes ersten Irrenarztes, die Neuorganisation der badischen Irrenfürsorge auf immer eng verbunden. Damit ist auch mittelbar der Zusammenhang mit Pforzheim wieder hergestellt, wie ja überhaupt im Grunde genommen das Ungenügen der bestehenden Verhältnisse, in Pforzheim wie in Heidelberg, immer dringender zur Abhilfe und Neuordnung gedrängt hatte.

Die Verlegung der Irrenanstalt aus Pforzheim in das frühere Jesuitenkonvikt in Heidelberg im Jahr 1826 erwies sich sehr bald als ein Mißgriff; alle Übelstände eines unzulänglichen Provisoriums traten hier kraß zutage. Das an sich zwar stattliche Gebäude lag inmitten der Stadt, nach der einen Seite eingezwängt vom aufsteigenden Berg, also so unzweckmäßig wie möglich. Empfindlich war der Mangel an Wasser, Gärten und Feld; die Bewegung im Freien war eingeschränkt, die Möglichkeit der Beschäftigung gering. Das Haus war dreistöckig und sogar darüber im Dachgeschoß mußten noch Schlafsäle angeordnet werden. Die Trennung der Abteilungen und selbst



der Geschlechter war nur ungenügend durchführbar. Von einem eigentlichen irrenärztlichen Betriebe konnte in der Anfangzeit überhaupt kaum die Rede sein; die Kranken waren meist sich selbst überlassen. Um nur einige bezeichnende Details anzuführen, so war der Dienst auf der Frauenabteilung noch einem Oberwärter zugewiesen, an dessen Stelle nach seiner Pensionierung ein Brigadier der Gendarmerie trat. Der Frauengarten war zugleich der Bleichplatz für die Anstaltswäscherei und dazu der Nutzgarten für den Anstaltsverwalter. Die Kostbereitung war nach auswärts vergeben. Die Irrenhauskasse war beständig erschöpft, ja sogar mit Schulden belastet, so daß die Verpflegung der Kranken öfters in Frage gestellt war und die Gehälter der Irrenärzte und Wärter nicht ausbezahlt werden konnten. Der Hilfsarzt bezog im Jahre 1826 150 Gulden, dazu freie Wohnung, Licht und Holz; eine Gehaltserhöhung wurde abgeschlagen. Der neue Direktor erhielt noch im Jahre 1836 ein Gehalt von 1200 Gulden.

So bedauerlich diese und andere Mängel an sich waren, sie hatten darin ihr Gutes, daß um so deutlicher hervortrat, wie nötig und unverschieblich der Neubau einer Irrenanstalt geworden war.

Niemand erfaßte aber damals die bestehenden Mißstände klarer und schärfer, niemand war durchdrungener von der Notwendigkeit einer Neugründung als der junge Hilfsarzt der Heidelberger Anstalt Dr. *Christian Friedrich Wilhelm Roller*, geboren 1802 als der Sohn des früher genannten ersten badischen Irrenarztes, des Irrenhausphysikus *Roller* in Pforzheim. Von ihm, dem Sohne, kann man wohl mit Fug und Recht sagen, daß er von Geburt und Naturanlage zum Irrenarzte und Organisator prädestiniert war.

So konnte er das Erbe seines zu früh verstorbenen Vaters, der, wie wir wissen, bereits auf den Bau einer neuen Anstalt gedrängt hatte, antreten und bei der ihm eigenen Energie auch erfüllen. Der junge *Roller* hatte sich nach seinem Staatsexamen und vor Antritt seines Dienstes in Heidelberg im Jahr 1826 zunächst durch eine längere wissenschaftliche Reise, die ihn über Paris, Belgien, Holland an den Rhein nach Siegburg zu Jacobi, dann über Hamburg und Lübeck nach Berlin und Prag führte, auf seinen künftigen Beruf ernsthaft vorbereitet. Überall hatte er die vorhandenen Irrenanstalten und ihre Einrichtungen gründlich studiert und Beziehungen zu den damaligen ältesten Begründern der Psychiatrie und des Anstaltswesens angeknüpft, außer mit *Jacobi* z. B. auch mit



Heim, *Horn* und *Langermann*. Reiche Erfahrungen für seine künftigen Aufgaben und Pläne hatte er mit nach Hause gebracht.

In Heidelberg arbeitete er sich dann noch eifrig in den praktischen Dienst ein. Und seiner Tatkraft und Aufopferung zumal war es zu danken, wenn dort bald einigermaßen geordnete Zustände geschaffen wurden. Menschlichkeit, Milde und der Geist der ärztlichen Fürsorge kehrten in das Haus ein; alle Mitarbeiter wußte er für diese hohe Auffassung ihrer Pflicht zu gewinnen. Und 12 Jahre vor *Conollys* Aufhebung des Restraint, zu einer Zeit, da in England selbst und sonst fast überall die Herrschaft der Zwangsmaßregeln an Geisteskranken noch zu Recht bestand, räumte *Roller* energisch mit dem Zwang als Selbstzweck auf und baute auf rein human-ärztlichen Grundsätzen die Krankenbehandlung auf.

Das Resultat seiner Erfahrungen und seiner Gedankenarbeit legte *Roller* aber nieder in seinem bahnbrechenden Werke: „Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen", 1831, vervollständigt durch eine zweite Schrift: „Grundsätze für die Errichtung neuer Irrenanstalten", 1838.

Auf Grund seiner Studien war *Roller* zu der Überzeugung gelangt und hat sie hier auch für die maßgebenden Kreise überzeugend zum Ausdruck gebracht, daß nur durch Neuerstellung einer großen Krankenanstalt, aufgebaut und eingerichtet einzig und allein nach ärztlichen Forderungen und Gesichtspunkten, d. h. nach den Zwecken der Behandlung und Heilung der Kranken, außerdem in einer Lage mitten im Lande, um von allen Seiten leicht erreichbar zu sein, unterstützt durch landschaftliche Reize, dem vorhandenen Notstande wirksam abgeholfen werden könne. Die Gunst der Zeit, der offen zutage tretende Notstand der Irrenpflege und die Unaufschiebbarkeit durchgreifender Reformen, die Einsicht und Bereitwilligkeit der Regierung und der Landstände waren der Inangriffnahme des Unternehmens förderlich. So ging man denn nun ungesäumt ans Werk. Verschiedene Bauplätze wurden angesehen; vorübergehend dachte man nochmals an eine Anlehnung an bereits bestehende ältere Bauten, so an die Klöster Schuttern und Schwarzach, Tennenbach, St. Peter, das Hub-Bad bei Bühl. Aus guten Gründen, besonders angesichts der gemachten schlechten Erfahrungen, entschied man sich jedoch im Jahre 1829 endgültig für einen Neubau, und als man im Jahre 1833 den unvergleichlich schönen Platz bei Achern entdeckt hatte, fiel auch die Entscheidung: hier sollte die neue Anstalt entstehen. Hier wurde denn auch die Heil- und Pflegeanstalt Illenau in den Jahren 1837 bis 1842 mit etwa 400 Plätzen nach den Plänen *Rollers* und unter der Bauleitung des Baurats *Voß*, eines Sohnes des Dichters Johann Heinrich Voß, gebaut, verfolgt und gefördert mit der regsten Anteilnahme der Landstände und der Regierung, insbesondere der Minister Winter und v. Reitzenstein wie nicht minder des Landesherrn Großherzogs Leopold selbst. Noch während des Baues, im Jahre 1837, gingen die beiden medizinischen Fakultäten in Heidelberg und Freiburg in einem

Memorandum gegen die Neuerstellung vor; der Protest wurde aber auf Grund einer Gegenschrift *Rollers* abgewiesen. So begreiflich der Standpunkt der Fakultäten in Vertretung ihrer Interessen auch sein mochte, für die damalige Zeit und den damaligen Stand des Irrenwesens, da überhaupt eine Landesirrenfürsorge erst eigentlich neu zu begründen war, mußte die Errichtung einer größeren Landesirrenanstalt mitten im Lande und ohne Beschwerung mit anderen Zwecken als die einzig richtige Lösung angesehen werden.

Illenau ist dann auch nach seiner Eröffnung im September 1842 für einige Zeit die einzige Landesanstalt geblieben, während Pforzheim zunächst vorzugweise als Siechenanstalt verwendet werden sollte.

Mit seiner Schöpfung Illenau war es *Roller* wie nicht vielen vergönnt gewesen, alle seine modernen Gedanken über Irrenbehandlung und Irrenversorgung, wie er sie in seinen Schriften niedergelegt hatte, in die Wirklichkeit umzusetzen. Es war eine Tat von epochaler Bedeutung; von da an datiert eine neue Ära des Bauwesens der Irrenanstalten. Hier finden wir zum ersten Male eine ärztlich aufs genaueste durchdachte Anlage einer Irrenheilstätte. *Roller* ist damit der Begründer eines neuen Systems der Anstalt, der sogenannten relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt, geworden. Mit ihm beinahe gleichzeitig und im gleichen Sinne tätig war *Damerow*, der seine Ideen in der nur wenig später erbauten neuen Anstalt Nietleben bei Halle zum Ausdruck brachte.

Während seither neben der Adaptierung vorhandener Gebäude entweder nur reine Heilanstalten oder reine Pflegeanstalten erbaut worden waren oder höchstens eine vorhandene Pflegeanstalt durch den Neubau und die Angliederung einer Heilanstalt vervollständigt worden war, sollten nach dem Plane dieser Neuerer im Anstaltsbauwesen auf demselben Gelände und unter Benützung der gemeinsamen zentralen Anlagen und Einrichtungen zwei im übrigen getrennte und selbständige Hälften einer Anstalt erstellt und zusammengefaßt werden: 1. die Heilanstalt für die akuter verlaufenden Fälle in verschiedenen Unterabteilungen zur Auseinanderhaltung der nach ihrem Verhalten verschiedenen Krankenkategorien und 2. getrennt, aber in räumlicher Nähe die Pflegeanstalt mit ungefähr derselben Zahl ähnlicher Unterabteilungen für die Unterbringung der mehr chronischen Kranken; beide Unteranstalten waren in beständiger Wechselwirkung gedacht. Auch bei dieser Form der

Anstalt besaß indes, ähnlich wie bei den Klosterbauten, die Anlage die Form eines zusammenhängenden, langgestreckten Baukomplexes mit Seitenflügeln, die einzelnen Räume an ausgedehnten Korridoren gelegen, die wieder nach Innenhöfen orientiert waren, die Unterabteilungen aber durch Abschlüsse und besondere Treppenhäuser getrennt. Von den Klöstern hatte man sogar im Vorhof der Anstalt vielfach die Kreuzgänge in der veränderten Form der Wandelhallen übernommen; auch der Kircheneinbau und anderes erinnert an die Klosteranlage.

Derart stellt sich uns das Bild der Korridoranstalt dar, die von nun an auf lange Zeit das Bauwesen der Anstalten beherrscht, in gleicher Weise wie das System der relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt den Charakter der Anstalten aller Orten bestimmt.

Bei allen Neubauten, die vom Jahre 1842, der Gründung Illenaus, und 1844, der Gründung Nietlebens, der beiden Musteranstalten, ab entstehen, sehen wir die gleiche Anordnung mit mehr oder weniger Variation wiederkehren. *Roller* hat dabei zum Unterschied von dem etwas strengeren und einseitigeren *Damerow* die Klugheit und Voraussicht gehabt, daß er das Wesen der relativen Verbindung oder vielmehr der Trennung nicht zu sehr betonte. Ihm war die Anstalt trotz ihrer scheinbaren Zweiteilung ein zusammengehöriges und zusammen wirkendes Ganzes, die eine Hälfte die notwendige Ergänzung der anderen. Das Wohl der unheilbaren Kranken lag ihm ebensosehr am Herzen wie das der Heilbaren; stammt doch auch von ihm das schöne Wort: „Was an den Unheilbaren geschieht, um das tiefere Sinken zu verhüten, ist nicht minder ein Heilen als dasjenige, was bei den Heilbaren die Genesung zur Folge hat.“ Das größte Gewicht legte er darauf, daß alle seine Pfleglinge zusammen mit den Gesunden, den Beamten und dem Pflegepersonal eine harmonische Gemeinschaft, eine große Familie bilden sollten und daß den Kranken auf diese Weise in der Anstalt ein wohltätiges Milieu, ein familiales Leben geboten würde; *Zeller*-Winnental war hierin sein begeisterter Gesinnungsgenosse. Die Durchdringung des ganzen Hauses mit diesem Geiste liebevoller Individual- und Milieupsychiatrie konnte *Roller* mit Recht als eine weitere höhere Entwicklungsstufe der praktischen Irrenfürsorge und des Anstaltswesens in Anspruch nehmen; sie bleibt als



ı innerer Wert mit der Schöpfung der relativ verbundenen Heil-
d Pflegeanstalt, mit Illenau und den Namen *Zeller*, *Roller* und seiner
tarbeiter und Schüler *Hergt* und *Schüle* auf immer verknüpft.

Diesem Grundprinzip gegenüber, das *Roller* mit der ganzen Macht
ner Persönlichkeit zur Geltung brachte, war ihm der Streit um
ıstaltssysteme eine mehr untergeordnete Sache. So konnte er denn
ch den Vorwurf seines sonst gleichgerichteten Mitarbeiters *Damerow*,
ß er, *Roller*, nicht zum reinen Typ der relativen Verbindung durch-
drungen sei, gelassen hinnehmen. Jedenfalls erwies sich die Illenauer
ıance des Systems als die lebensfähigere von beiden, und so blieb
lenau für lange Zeit das Vorbild für zahlreiche Anstaltsneubauten,
e von nun an entstanden sind. Selbst wenn wir nicht wüßten, daß
oller in vielen Fällen als höchste Autorität auf seinem Gebiet sowohl
ı Deutschland wie weithin außerhalb als Sachverständiger zu den
eratungen über die Errichtung neuer Anstalten beigezogen wurde,
ı würden wir schon einfach aus den Lageplänen und Grundrissen
r meisten Anstalten in den folgenden Jahrzehnten erkennen können,
ie vielfach die Grundsätze *Roller*s in seinen oben zitierten Schriften
ıd wie vielfach die Illenauer Baupläne bei den Projekten neuer
nstalten für die Projektgestaltung maßgebend gewesen sind. Man
rd sagen können, daß die hier geschaffene neue Form der Irren-
ıstalt die Vorherrschaft ungefähr solange behielt, als *Roller* lebte;
starb im Jahre 1878. Haben auch da und dort schon vorher Ver-
derungen in einzelnen Teilen der Anlage sich als nötig erwiesen, und
ıd auch gegen das Ende seiner Lebenszeit die neueren Anschauungen
f Trennung der zusammenhängenden Anstalt in größere und kleinere
ıublocks und Pavillons immer stärker hervorgetreten, zur allgemeinen
ırchführung sind diese Neuerungen doch erst nach seiner Zeit ge-
mmen. Vielleicht sind sogar die Vorzüge des Illenauer Vorbilds
t die Ursache davon gewesen, daß solange Zeit in Deutschland
hts Anderes im Anstaltsbauwesen aufkommen konnte, ja daß man
h in den neueren Projekten der folgenden Zeit wenigstens in einem
il der Anlage immer wieder auf die bewährte *Roller*sche Anordnung
rückgriff.

Und wenn wir heute nach über 70 jähriger Bewährung der Anstalt
enau im Krankenbetriebe, auch durch schwerste Zeiten hindurch,
r die Frage gestellt werden, ob die Anstalt auch jetzt noch, nach



den Fortschritten der letzten Jahrzehnte im Anstaltsbauwesen, sich auf der Höhe ihrer Aufgabe befinde, so werden wir vorbehaltlos anerkennen müssen, daß die Vorteile ihrer ursprünglichen Anlage sie durchaus dazu befähigen, auch den heutigen Anforderungen der Irrenbehandlung in jeder Hinsicht Genüge zu tun. Wer selbst an der Illenauer Anstalt längere Zeit zu wirken Gelegenheit gehabt hat, wird uns darin zustimmen. Und auch darin müssen wir gerecht sein, daß gerade der in der Korridoranstalt bestehende Zusammenhang aller Abteilungen für viele Maßnahmen der Krankenpflege und für die Besorgung des ärztlichen Dienstes seine großen Vorzüge besitzt. Nicht ohne Grund ist für den Bau der meisten Irrenkliniken diese Bauform beibehalten worden. Auch der Konnex der beiden Anstaltshälften, der Heilanstalt mit der Pflegeanstalt zu einem einheitlichen Ganzen, der aus der relativen Verbindung immer mehr zu einer absoluten geworden war, muß für die Behandlung der Kranken, besonders für ihre Scheidung in möglichst viele einzelne Milieus, und wegen der Möglichkeit des Wechsels von der einen Abteilung der Heilanstalt in die andere gleichartige der Pflegeanstalt auch heute unter der Herrschaft des Pavillonsystems und gerade von dessen Standpunkt aus als ein außerordentlich glücklicher Grundsatz anerkannt werden. Denn damit ist ein Vorteil der neuen Pavillonanstalt, der der Separierungsmöglichkeit, auch schon in der *Roller*schen Idee und Anlage bereits erfüllt gewesen, wenn auch natürlich die Mannigfaltigkeit der ausgebildeten großen kolonialen Anstalt in dieser Hinsicht nicht erreicht werden konnte. Wir haben aber auf diese Weise auch in einer verhältnismäßig kleinen Anstalt für jede Krankenkategorie zweierlei Milieus und können darnach trennen in geistig und gesellschaftlich besser geartete und höher stehende Elemente und solche mit stumpferem oder für ihre Umgebung unangenehmerem Verhalten. Diese Möglichkeit des Wechsels zwischen den beiderlei Abteilungen herüber und hinüber sei nochmals als für den Betrieb wichtig und wohltätig hervorgehoben. Den Begriff der Heilbarkeit oder Unheilbarkeit in strenger Auslegung wird damit aber heutzutage niemand mehr verquicken.

Wer die Illenauer Grundrißanlage genau kennt, könnte sogar daran gehen, den ganzen zusammenhängenden Bautrakt an bestimmten Stellen zu zertrennen, und er erhielte dann mit geringen Umänderungen



ıvillons, die ebensogut in einer modernen Anstalt ihren Platz finden innten.

In Wirklichkeit hat denn auch Illenau dank seiner wohldurchıchten ersten Disposition der Neuzeit verhältnismäßig wenig Opfer . bringen brauchen. Der Grundrißplan der ursprünglichen Anlage steht heute noch unverändert.

Die Überfüllung der Anstalt hatte bald zur Überbauung der einöckigen Trakte und zu zwei weiteren Aufbauten, wodurch Plätze und bteilungen gewonnen wurden, geführt. 1883 entstand aus Mitteln der *oller*-Jubiläumstiftung ein Außenpavillon auf der Frauenseite, der Rollerbau", der, ursprünglich als Wärterschule gedacht, der Not der eit gemäß als unentbehrlicher Krankenpavillon dienen mußte.

Erst die neuere Zeit brachte mit ihren Forderungen größere Abnderungen und Zutaten, und zwar diese unter der Direktion *Heinrich chüles*, unseres Jubilars. Zwei Krankenbaracken wurden erstellt. Neue eräumige Wachabteilungen für Unruhige wurden auf jeder Geschlechteite außerhalb des geschlossenen Komplexes erbaut, um die veralteten ellenbauten aufheben zu können. Bald darauf wurden nach meinen orschlägen einerseits offene Landhäuser im Gelände gleichfalls außeralb der alten Anstalt hinzugefügt und dadurch die freie Verpflegung ingeführt. Und andererseits wurden, unter Annahme eines von mir usgearbeiteten Projekts, große Wachstationen sowohl für Halbruhige ie für Ruhige nach modernen Gesichtspunkten geschaffen, und zwar ınerhalb der bisherigen Grundrißmauern unter Verwendung des Mittelakts, der Heilanstalt und Pflegeanstalt verbindet. Eine neue Zentralochküchenanlage kam hinzu. Von der ursprünglichen Bettenzahl von 10—440 Kranken ist die Anstalt damit auf 550 normale Plätze angeiegen; es mußte aber bis zu 700 Kranken in den jetzigen Zeiten der berfüllung darin Platz finden. Damit war die Modernisierung Illenaus n großen und ganzen durchgeführt, so daß nun nur noch einige wenige esiderate ausstehen.

Alle diese Reformen sind als allerdings wichtige Ergänzungen zu er ursprünglichen *Roller*schen Anlage hinzugekommen. Diese selbst er ist so gut wie unangetastet geblieben und mußte unversehrt bleiben, ı sie, aus genialer Schöpferhand hervorgegangen, ein dauerndes Gut r alle Zeiten bedeutet, das durch neue Forderungen des Tages an innerem erte nicht verlieren kann.

Noch zu Lebzeiten *Roller*s war eine für das Bauwesen der Irrenıstalten neue Bewegung immer deutlicher an die Öffentlichkeit etreten, die mit ihren fortschrittlichen Tendenzen in den letzten olgerungen eine totale Umwälzung der bestehenden Formen der renanstalten zur Folge haben sollte.



Es waren in der Hauptsache ausländische Einflüsse, die Ende der 60er und anfangs der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts den Anstoß zu diesen Neuerungen bei uns gaben. In England und besonders in Schottland war man dazu gekommen, um die geschlossene Anstalt herum kleinere ländliche Bauten (cottages und villages) für Irrenversorgung zu benützen, und in Frankreich hatte man angefangen, außerhalb der Anstalt gelegene Gehöfte für den landwirtschaftlichen Betrieb durch Geisteskranke herzurichten und nutzbar zu machen. Deutsche Psychiater, die auf ihren Reisen diese neuen Einrichtungen kennen gelernt hatten, in erster Linie *Griesinger*, traten mehr und mehr für deren Einführung in Deutschland ein.

Die ersten Gedanken über eine Veränderung der geschlossenen Anlage von *Roller* und *Damerow* oder wenigstens der Abtrennung bestimmter Abteilungen gehen indes auf früher zurück. *Roller* selbst hatte schon dazu geraten, die Abteilungen der Unruhigen und Störenden ganz von der übrigen Anstalt zu trennen. *Gudden* betonte die absolute Verbindung der Abteilungen für Heilbare mit denen für Unheilbare, möchte aber aus dieser Anstalt ausschalten die schwer Epileptischen, Tobsüchtigen und Verbrecher, die nach seiner Ansicht in eine Filialanstalt zusammengehörten. Dann kam *Griesinger* mit seinen umfassenden Reformvorschlägen und wollte nun die geschlossene Anstalt zwar in irgend einer Form beibehalten, aber getrennt von ihr, doch auf demselben Gelände und unter der gleichen Leitung, die Kolonie nach englischen und französischen Mustern in zerstreuter Bauweise dazugenommen haben; dagegen will er die Siechen aus der Irrenanstalt entfernt wissen.

Mit dem lebhaften Streite, der sich nun zwischen den Anhängern der alten Anstaltsbauart und den Neuerern mit *Griesinger* an der Spitze erhob, wollen wir uns hier nicht eingehender beschäftigen. Heute, wo wir über alle diese Kämpfe hinaus und im glücklichen Besitz des damals heiß Erstrebten sind, kommen uns alle jene heftigen Auseinandersetzungen müßig und zum Teil recht pedantisch und kleinlich zugespitzt vor. In der Hitze des Gefechts vergessen die Gegner auf beiden Seiten wohl allzu sehr, daß man dieselbe Aufgabe auch auf mehrerlei Arten lösen und bewältigen könne, und daß andererseits auch die Forderungen und Bedürfnisse der Irrenversorgung und damit auch deren Befriedigung je nach Umständen verschieden seien. Die



tsächliche Entwicklung hat keiner der beiden Parteien vollständig
cht gegeben. Wohl hat sich ein Teil der *Griesinger*schen Reform-
orschläge, und zwar der wichtigste, die Ausgestaltung der kolo-
ialen Irrenanstalt, durchgesetzt, wenn auch ihre definitive Aus-
staltung in der jetzt allgemein verbreiteten Form wesentlich anders
worden ist, als er es sich vorstellte. Auch die Frage der Irrenkliniken
t in seinem Sinne entschieden worden. Aber die weitere Haupt-
rderung, daß überall kleine Heilanstalten und Stadtasyle erstehen
llten, zu deren Ergänzung dann die großen ländlichen Anstalten,
nd zwar nur für die chronischen Kranken, dienen sollten, ist nicht
llgemein, sondern nur in beschränktem Umfange angenommen und
usgeführt worden. Vielmehr hat sich im großen und ganzen in der
rganisation des Irrenwesens als wichtigste Tatsache die regionäre
erteilung der großen Landesanstalten in Form der kolonialen Pavillon-
nstalten durch das Land hin mit abgegrenzten Aufnahmebezirken,
ede Anstalt innerhalb ihres Bezirks für alle Aufgaben der Irren-
ersorgung bestimmt, herausgebildet und bewährt.

Damals in der Zeit der Kämpfe und der Umwandlung aus alten
ormen in neue, in den 70er Jahren, ging man nun anfänglich recht
aghaft und etappenweise vor. Das Pavillonsystem, das für allgemeine
rankenhäuser neu eingeführt wurde, wollte man auch für Irren-
nstalten anwenden. So kam es nach und nach zu einer Zerteilung
er ursprünglichen geschlossenen Korridoranstalt.

In der Bauausführung begnügte man sich bei einer Anzahl neuer
nstalten zunächst damit, daß man die geschlossene Korridoranlage
nfach durch Zäsuren an bestimmten Stellen zertrennte und die
eile auseinanderschob, so daß an Stelle des fortlaufenden einen
autrakts einige, vier oder sechs und mehr Teiltrakte, jedoch unter
rhaltung der inneren Anordnung an Korridoren, entstanden. Sogar
i der Lagerung dieser Teile zueinander wurde die seither übliche
orm der Gesamtanstalt beibehalten; durch Zusammenrücken der
eile wäre, wie man sich an den Lageplänen solcher Anlagen über-
ugen kann, ohne weiteres wieder die ursprüngliche Korridoranstalt
rstellbar. Vielfach hatte man sogar diese größeren Bautrakte durch
erbindungsgänge aneinandergereiht und dadurch die Trennung
ieder halb und halb hinfällig gemacht. Mit der Zeit ging man zu
ner freieren Situierung der größeren Teiltrakte oder Blocks im Lage-



plan über; die Blocks selbst wurden ferner nach und nach kleiner; die anfänglich erhaltenen Korridore konnten damit ebenfalls reduziert werden, und so wurde Schritt für Schritt die ursprüngliche Anlage mehr und mehr verlassen. Marburg — 1876 — ist ein hübsches Beispiel für eine vorgeschrittene neue Anlage dieser Art, besonders in seinen kleineren Einzelhäusern. Immerhin muß auf den Unterschied hingewiesen werden, den diese Entwicklungsstufe: größere Bautrakte mit Erhaltung der Korridoranlage, gegenüber der nun folgenden mit vollständigem Verzicht auf Korridore bietet.

Aus der hier geschilderten Tast- und Versuchsperiode gelangen wir nun verhältnismäßig rasch zur Einführung der einheitlichen neuen Bauart der Irrenanstalt, die sich charakterisiert einmal durch die Zerlegung der ganzen Anstalt, auch der Zentralanstalt, in kleine Pavillons zu einer Abteilung, zweitens durch die grundsätzliche Absage von jeder Korridoranlage und drittens durch die Verbindung der geschlossenen Anstalt, d. h. der Zentralanstalt bzw. ihrer Pavillons, mit der ihr auf demselben Plane angegliederten kolonialen Anstalt, d. h. den offenen Häusern im Landhausstil unter Annahme des Prinzips der landwirtschaftlichen Beschäftigung und der freien Verpflegung der Kranken.

Nur für die um dieselbe Zeit entstehenden Irrenkliniken wird auch fernerhin die Korridoranlage als die für ihre Zwecke geeignetste Form in der Regel beibehalten, höchstens unter Abtrennung der Abteilungen für die unruhigen Kranken.

Die Schöpfung der kolonialen Irrenanstalt im Pavillonsystem ist nach der Erfindung der relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt in den 40er Jahren des 19. Jahrhunderts nun die zweite epochale Tat im Bauwesen der Irrenanstalten. Sie ist das ungeschmälerte Verdienst der beiden Männer *Köppe* und *Paetz*, die dieses Prinzip in den Jahren 1876 bis 1896 im Neubau der Anstalt Altscherbitz in der Provinz Sachsen zum erstenmal für eine große Landesanstalt vollständig zur Durchführung brachten. Zum Unterschied von den schottischen und englischen Vorbildern war hier auf einen geschlossenen Bautrakt überhaupt verzichtet worden; es hat vielmehr eine Aufteilung der ganzen Anstalt sowohl der geschlossenen Zentralanstalt wie der freien kolonialen Anstaltshälfte in lauter kleine Pavillons von 20 bis 40 Kranken in der Weise stattgefunden, daß ein solcher



Pavillon mit seiner Krankenzahl zugleich auch einer einheitlichen Abteilung entsprach. Jedes Haus war zugleich eine einzige, in sich geschlossene Abteilung, und jede einzelne Abteilung war zugleich ein Pavillon für sich.

Köppe und *Paetz* unterschieden noch die Zentralanstalt mit ihren geschlossenen Pavillons als einen besonderen Teil der Anstalt von der Kolonie mit ihren Landhäusern als dem zweiten besonderen Teil, beide allerdings zu einer Anstalt vereinigt unter einheitlicher Leitung. Heutzutage hat auch diese Scheidung aufgehört; beide Teile zusammen ergeben die Einheitsanstalt, die sich von einem Pavillon zum anderen natürlich fortsetzt, von den Aufnahme- und Wachabteilungen und den Lazarettstationen einerseits, von den geschlossenen Häusern für Unruhige und Insoziale andererseits zu den Pavillons für sogenannte Halbruhige mit beschränkt freier Verpflegungsform und schließlich zu den offenen Landhäusern, wo die freie Behandlung vollständig durchgeführt wird.

Wie vorher bei den ersten Reformbestrebungen im Anstaltsbau, so war auch nach der Entstehung von Altscherbitz die Nachfolge in dieser neuen Bauart nicht sofort eine durchgreifende und allgemeine. Man wagte nicht den kühnen Schritt sofort nachzumachen. Und tatsächlich finden wir bei genauerer Betrachtung, wie in diesen Übergangszeiten aus dem alten System, dem der relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt mit Korridoranlage, in das neue der kolonialen Pavillonanstalt sämtliche Entwicklungsstufen von Bauformen der Irrenanstalten eine Zeitlang nebeneinander hergehen. Während an einem Ort eine regelmäßige Anlage in großen Baublocks, eventuell mit Verbindungsgängen, an einem anderen eine Anstalt mit kleineren Krankenbauten in schon freierer Anordnung ersteht, wird wo anders, unter Umständen in der nächsten Provinz oder im anliegenden Bundesstaat, noch zur selben Zeit eine vollständig geschlossene Korridoranstalt im reinen Stile erbaut, am dritten Orte eine geschlossene Anstalt mit Abtrennung der Häuser für Unruhige nach *Roller*, oder es kommt schließlich zu der geschlossenen Zentralanstalt im Korridorstile eine näher oder entfernter liegende Kolonie als Neuerung hinzu, oder aber es finden sich schließlich in derselben Anstaltsanlage alle Bautypen vertreten, die Zentralanstalt an Korridoren, größere Pavillons mit

Korridoren und solche, z. B. Wachstationen, ohne Korridor sowie endlich freie Landhäuser.

Für alle diese Kombinationen lassen sich Beispiele aufführen.

Nicht lange dauerte es aber, so setzte sich die von Altscherbitz aus inaugurierte Neuerung im Anstaltsbauwesen dank ihrer unverkennbaren Vorzüge, die hier nicht näher erörtert zu werden brauchen, immer zuversichtlicher durch, so daß sie in den nächsten Jahrzehnten zum Allgemeingut wurde.

Wir gelangen damit in die Zeit, wo auch in unserem Großherzogtum Baden ein Anstaltsneubau nötig wurde. Seit der Eröffnung von Illenau im Jahre 1842 hatte dieses und daneben die alte Anstalt Pforzheim in steigendem Maße vier Jahrzehnte hindurch beinahe allein die Lasten der Landesirrenversorgung zu tragen. Schon um die Mitte der 50er Jahre war Illenau durch Neuaufnahmen derart in Anspruch genommen worden, daß von da an zu seiner Entlastung unheilbare Kranke in immer größerer Zahl nach Pforzheim versetzt werden mußten, obwohl dort die baulichen Zustände in der alten Anstalt trotz aller Sorgfalt der Regierung und trotz aller Mittel, die man unterdessen hineingesteckt hatte, keineswegs merklich besser geworden waren. Man hatte nun die neue Anstalt Illenau, mußte aber die alte wie früher und sogar noch stärker wie früher belegen, nachdem die seither für andere Zwecke benützten Teile der Anstalt ganz geräumt worden waren, so daß für 570 Kranke Platz vorhanden war.

Die verantwortlichen Irrenärzte *Roller* und der Direktor von Pforzheim, *Franz Fischer* d. Ä., wie auch die Großh. Regierung selbst suchten beizeiten nach einer Abhilfe. Vorhandene Gebäude wurden daraufhin geprüft, so das alte Männer- und Weiberzuchthaus in Bruchsal, hierauf das Arbeitshaus in Kislau, und schließlich wurde vom Landesfürsten selbst das schöne Großh. Schloß in Bruchsal, ein Juwel der deutschen Barockbaukunst, zur Benutzung als Anstalt angeboten. Alle diese Vorschläge konnten jedoch die Billigung der psychiatrischen Sachverständigen nicht finden; sie arbeiteten vielmehr im Jahre 1861 in einer Denkschrift an die Großh. Regierung den Plan für eine neue große Landesirrenanstalt von 600 bis 700 Plätzen aus und gaben hierüber auch gemeinsam eine Broschüre: „Das Projekt einer zweiten Heil- und Pflegeanstalt in Baden“, 1865, heraus.

Eine große Anzahl von Bauplätzen in allen Teilen des Landes, im Unterlande, insbesondere bei Heidelberg, wie im Oberlande wurde hierauf



untersucht; auch größere Gebäude, Schlösser und Bäder wurden zu diesem Zwecke angeboten. Als der passendste Platz wurde indessen schon damals im Jahre 1862 die Gegend bei Emmendingen, südöstlich vom Weiherschlößchen, in den sogenannten „Haselwaldäckern“ ausgesucht. Für diesen Bauplatz wurde auch ein detailliertes Projekt für 600 Kranke ausgearbeitet. Der Plan fand jedoch im Jahre 1864 nicht die Genehmigung der Landstände; der Referent der Budgetkommission meinte sogar, der Plan sei „weder den Zwecken noch den Verhältnissen angemessen — man könne auch mit der Humanität Luxus treiben“. Dazwischen gehen noch Bestrebungen der beiden Landesuniversitäten einher, psychiatrische Institute zu erhalten. Trotz des trostlosen Zustandes der Lage und der Baulichkeiten in Pforzheim wurde das Projekt vertagt, und der Direktor von Pforzheim schreibt um jene Zeit: „Ob und wann dieser Neubau zustande kommt, weiß nur Gott im Himmel.“ In der Tat dauerte es auch noch ein volles Vierteljahrhundert, bis Emmendingen, und zwar an der von *Roller* und *Fischer* gefundenen Stelle — eine außerordentlich glückliche Wahl — erbaut und eröffnet werden konnte.

Nochmals, im Jahre 1874/75 wurde aus dem Drange der Verhältnisse heraus der Landtag wieder mit der Vorlage auf Erstellung einer Landesanstalt bei Emmendingen beschäftigt, aber leider mit dem gleichen ablehnenden Ergebnis. Dagegen kamen jetzt den Bestrebungen und Anforderungen der medizinischen Fakultäten entsprechend die beiden Irrenkliniken in Heidelberg (1878) und Freiburg (1886) zur Ausführung; sie waren unter den erstentstandenen Instituten ihrer Art. So willkommen ihre Hilfe auch bei der Aufnahme von Kranken war, in der Hauptsache sollten sie dem Lehrzweck dienen; auch konnten sie wegen ihrer kleinen Anlage für die dauernde Krankenversorgung im großen nicht in Betracht kommen. Unter denkbar erschwerten Umständen mußten so die beiden Landesanstalten Illenau und Pforzheim mit den Irrenkliniken die Lasten der Irrenversorgung des Landes weiterhin tragen, bis endlich anfangs der 80er Jahre auch der Landtag von der Dringlichkeit des Neubaues einer großen neuen Landesirrenanstalt zur Abhilfe von all den zutage getretenen Mißständen in der Aufnahme und Unterbringung von Geisteskranken überzeugt werden konnte. In der Tagung vom Jahre 1883/84 genehmigte er das vorgelegte Bauprogramm einer großen Pavillonanstalt, die zunächst mit einer Summe von 2,4 Millionen auf 400 Plätze fertiggestellt, später aber mit einer Gesamtbausumme von 3,9 Millionen auf 1000 Plätze ausgebaut werden sollte.



Mit dieser für die damalige Zeit außergewöhnlich großen Anstalt sollte nicht nur dem gegenwärtigen Mangel an Anstaltsplätzen, dem Notstand im Aufnahmeverfahren und der Überfüllung der bestehenden Anstalten gründlich abgeholfen werden; nein, es sollte auch die Aufhebung der veralteten Pforzheimer Anstalt herbeigeführt werden, ein Ziel, wohl aufs innigste zu wünschen, das jedoch, wie wir wissen, weder mit dem Neubau von Emmendingen noch mit dem der neueren Anstalten bis jetzt erreicht werden konnte. Die Aufhebung von Pforzheim muß vielmehr auch heute noch einer hoffentlich nicht mehr fernen Zukunft überlassen werden.

Bei der Ausführung der Emmendinger Anstalt, die von 1883 ab gebaut und im Jahre 1889 mit einem Teil der Anlage eröffnet worden ist, suchte man sich nun die seither im Anstaltsbau gemachten Erfahrungen, die auch durch Anstaltsreisen genährt und gefestigt worden waren, zunutze zu machen.

Vor allem galt es zu dem neuen System der kolonialen Anstalt im Pavillonstile Stellung zu nehmen. Aber auch hier wie an anderen Orten getraute man sich damals noch nicht, diese Anstaltsform unverändert nach dem Altscherbitzer Vorbild einzuführen, wie sich in allen Teilen der Emmendinger Anlage nachweisen läßt. Wir haben hier vielmehr eine Sammlung aller Stilarten.

So ist im Zentralbau für die geschlossenen Abteilungen statt der in einzelne Pavillons gegliederten Altscherbitzer Anlage ein zusammenhängender Korridorbau in Hufeisenform mit Anlehnung an das Illenauer Vorbild, jedoch auf jeder Geschlechtseite gesondert, erstellt worden: es sind darin je fünf Unterabteilungen für weniger soziale und insoziale Kranke enthalten, darunter auch ein zweistöckiger Zellenbau. In der weiteren Ausgestaltung ist man dann allerdings zum Pavillonstile übergegangen, aber wiederum nicht in der einfachen Altscherbitzer Form der Einheitskrankenhäuser, sondern man wählte im großen und ganzen den Typus des Doppelpavillons, d. h. jedes Haus schied sich von der Mitte aus nach rechts und links in zwei unter sich gleichartige Unterabteilungen, je mit der Hälfte der Krankenbelegung; es waren mit anderen Worten zwei in der Mitte zusammengebaute Einzelpavillons geworden. Dabei blieben bald längere, bald kürzere Korridore bestehen, entweder in der Mitte des Hauses oder aber an beiden Enden. Der Korridor war somit weiterhin ein wichtiger Bestandteil; er bildete das Bindeglied zwischen den einzelnen Teilen des Pavillons und auch innerhalb der einzelnen Abteilungen selbst; ohne ihn ließe sich der Betrieb im Hause bei dieser Grundrißanlage gar nicht denken.

Nur einige wenige Krankenbauten machen hiervon eine Ausnahme; es sind hauptsächlich diejenigen, die später nach den Plänen des zweiten Direktors der Anstalt, *Haardts*, eines *Paetz*schülers, in Befolgung der Altscherbitzer Baugrundsätze als einheitliche Abteilungen ohne Korridoranwendung ausgeführt wurden; so die beiden praktischen und übersichtlichen Aufnahmehäuser und die beiden Landhäuser.

Während nun diese Anstalt und manche andere den Charakter der Übergangszeit, da man mit dem alten Prinzip noch nicht völlig zu brechen und das neue noch nicht durchweg zur Geltung zu bringen wagte, deutlich an sich trägt, gelangt sonst schon gleichzeitig und etwa für die Dauer der nächsten 1½—2 Jahrzehnte das Altscherbitzer System der Einheitspavillons zur Alleinherrschaft. Überall sehen wir, zumal bei der immer stärkeren Nachfrage nach Anstaltsplätzen und der Notwendigkeit, durch neue Anstalten dem Bedürfnis Rechnung zu tragen, in deutschen Landen die hübschen Pavillonanstalten im Villenstile wie Pilze aus dem Boden emporschießen; ja, sie sind beinahe ein charakteristischer Bestandteil der Gegend und des Landschaftsbildes geworden. Selbstverständlich ist dabei Altscherbitz nicht immer naturgetreu nachgebildet worden; das erlaubte nicht die besondere Art des Geländes, die Verschiedenartigkeit der Bedürfnisse, denen abzuhelfen war, die Individualität des Erbauers (des Architekten oder des Arztes) und andere Gesichtspunkte mehr. Unter den entstandenen Anstalten treffen wir viel Geglücktes sowohl in der Anordnung des Lageplans als in den Grundrissen der einzelnen Gebäude; vielfach stoßen wir aber auch auf Abänderungen, die wir nicht ohne weiteres verstehen, denen gegenüber wir die Altscherbitzer Grundtypen vorziehen müssen. Bei einigen können wir uns auch nicht verhehlen, daß sie eine Überspannung des Prinzips darstellen, wenn wir sehen, daß der Anstaltsplan ohne zwingenden Grund in zu kleine und zierliche Häuschen für 15—25 Plätze aufgelöst erscheint, z. B. auch für Krankenkategorien, die ihrem Zustande nach einer so minutiösen Scheidung gar nicht bedurft hätten.

Gegen derartige, zwar gutgemeinte Übertreibungen des an sich schönen und gesunden Systems, denen man eine gewisse Künstelei nicht wird absprechen können, konnte eine Reaktion nicht lange ausbleiben, zumal verschiedene gewichtige Gründe, unter anderem auch der Kostenpunkt sowohl beim Bau wie beim Betrieb der Anstalt, dazu drängten. Nur wer Geld genug besaß, konnte das System der



kleinen Einzelvillen, bis in die letzten Konsequenzen durchgeführt, beibehalten; an sich und rein vom ärztlichen Standpunkte aus verdient es für die individuelle Krankenbehandlung sicher den Vorzug; darnach allein hätte man ja sogar in der Aufteilung noch viel weiter gehen können. Im übrigen aber hieß es auch anderen Gesichtspunkten Rechnung tragen und sich auf ein gesundes Mittelmaß einstellen.

Vor allem waren es die gewaltigen Neuerungen auf dem Gebiete der Technik, die Zentralisierung mancher großen wirtschaftlichen und technischen Anstaltseinrichtungen, die gegen eine zu große Zersplitterung der Anstalt in kleine Gebäude und deren zu starke Entfernung voneinander sprachen. Wo man früher mit den allereinfachsten Mitteln (Ofenheizung, Öl- oder Petroleumbeleuchtung, Zieh- oder Laufbrunnen, primitivsten Bädern, einfachsten Küchen- und Waschkücheneinrichtungen auskam, sehen wir jetzt die teuersten und kompliziertesten maschinellen Anlagen für diese Zwecke als gerade gut genug an; wir scheuen dafür keine Kosten, weil solche Anlagen trotzdem im ganzen genommen den Betrieb vereinfachen und verbilligen, hygienisch einwandfreie Zustände schaffen, Schwierigkeiten und Gefahren jeder Art beseitigen, viele Personalkräfte ersparen. Als solche Neuerungen nennen wir nur die Fernheizung als Hoch- oder Niederdruckdampfheizung oder als Zentralwarmwasserheizung, die Zentralwarmwasserversorgung, die Kaltwasserleitung, Abwässerversorgung, die elektrische Beleuchtung und Kraftversorgung, die Zentralkochküche und -waschküche, Kühlanlage, Schlachthaus, Desinfektionsapparat usw. — kurz die modernsten Mittel zur Verbesserung des Betriebs nach allen Richtungen hin. Ohne diese enormen Errungenschaften der Technik vermöchten wir heutzutage weder in Einrichtung und Betrieb der Krankenhäuser noch besonders bei den zentralen technischen und wirtschaftlichen Anlagen mehr auszukommen; wir können uns ohne sie den geordneten Gang einer großen Krankenanstalt überhaupt nicht mehr vorstellen, obwohl diese Fortschritte gar nicht einmal alle unbedingt ärztliche Erfordernisse darstellen.

Aber diese Anlagen kosten ein immenses Geld. Tatsächlich erkennen wir aus den Kostenzusammenstellungen unserer modernen Anstalten mit Erstaunen, daß nicht mehr die Krankenhäuser für die Beherbergung unserer Pfleglinge samt Inneneinrichtungen und den



Apparaten für das Heilverfahren den Hauptteil der Bau- und Betriebskosten ausmachen, sondern daß gegenteils gerade jene wichtigen zentralen Versorgungseinrichtungen, Anlagen und Gebäude immer mehr dominieren. Um diese großen technischen Wohltaten der Anstalt zu erhalten, war es aber auf der anderen Seite nötig, Konzessionen zu machen und wäre es auch auf dem ärztlichen Gebiete. Die genannten Einrichtungen mußten nämlich desto höhere Summen verschlingen, aus je mehr einzelstehenden Gebäuden die Anstalt bestand, weil die Gesamtausdehnung der technischen Anlagen und Leitungen dadurch um so größer wurde. Auch abgesehen von diesen Erwägungen mußte jedoch auch anerkannt werden, daß eine Anstalt sowohl in Bau und Einrichtung als auch in der Bauunterhaltung und im ganzen definitiven Betrieb, im wirtschaftlichen wie im Krankenpflegedienst um so umständlicher und kostspieliger werde, ans je mehr Einzelhäusern (Krankengebäuden und wirtschaftlichen) sie sich zusammensetze. Ein dritter Punkt, der gerade in Verbindung mit den beiden schon bezeichneten um so mehr in den Vordergrund trat und in der gleichen Richtung wirkte, war die zunehmende Größe unserer Anstalten überhaupt, wie umgekehrt auch die zentralen Anlagen auf eine möglichst hohe Ausnützung, d. h. auf die äußerste Krankenbelegung einer Anstalt, hindrängten. Was an Schwierigkeiten und im Kostenpunkt bei einer kleinen Anstalt noch weniger oder kaum ins Gewicht fiel, das mußte bei doppelt oder dreimal so großen Objekten sich vervielfacht bemerkbar machen.

Bei solchen Unternehmungen verbot sich die Anlage in lauter kleinen Einzelhäusern von selbst; es wäre ihrer auch eine zu große Zahl geworden und eine Übersicht und Bewältigung des Betriebs kaum mehr möglich gewesen. So zwangen technische und finanzielle Rücksichten, die Grenzen der zerstreuten Anstaltsanlage und -bauweise etwas enger zu ziehen, und zwar sowohl bezüglich des Abstandes der einzelnen Häuser voneinander, den man zu verringern suchen mußte, als auch andererseits bezüglich der Krankenhäuser selbst, deren Anzahl einmal zu verkleinern, deren Gestalt und Inhalt dann aber zu vergrößern, d. h. auf eine höhere Krankenzahl einzurichten war; nur so konnte man das Ziel erreichen, den ganzen Lageplan auf einem kleineren Gebiete mit einer geringeren Gebäudezahl zusammenzufassen.

Was die Krankenhäuser selbst betrifft, so traten zuerst bei den Anstaltsneubauten nur geringfügige Abweichungen von den bekannten Altscherbitzer Typen auf; meist handelte es sich nur um eine kleine Anreicherung der Belegziffer der einzelnen Häuser.

Eine weiterhin eingeführte Abart der Pavillonbauart bot insofern aber Neues und Brauchbares, als hier zwei gleiche Abteilungen, eine im Erdgeschoß, eine im Obergeschoß, angelegt wurden, die Schlafsäle neben den Tagsälen. Hier haben wir also schon ein Verlassen des Altscherbitzer Einheitshauses; es bestehen zwei nach Stockwerken getrennte Abteilungen und zwei getrennte Abteilungsbetriebe im selben Haus.

Auch andere größere Bauten, z. B. für Lazarettzwecke oder für chronische, stumpfe Kranke und für Sieche, wurden da und dort erstellt; sie enthalten gewöhnlich eine Mehrzahl von Abteilungen entweder nebeneinander oder in zwei oder selbst drei Stockwerken übereinander oder beide Arten gemischt. So blieb schließlich kaum eine Anstalt davon frei; selbst die Mutteranstalt Altscherbitz hat dieser Entwicklung Rechnung getragen und einige größere Häuser neu hinzugebaut.

Im Großherzogtum Baden, wo nach der Erstellung Emmendingens und trotz der hier und durch den Ausbau von Illenau gewonnenen großen Plätzezahl bald von neuem Überfüllung und Notstand im Irrenwesen sich eingestellt hatte, machte man sich bei den im Anfang des 20. Jahrhunderts notwendig gewordenen neuen Anstaltsprojekten diese Erfahrungen zunutze. Man kann sagen, daß unsere Anstaltsunternehmungen zeitlich so ungünstig gefallen sind, daß wir trotz der raschen Aufeinanderfolge von neuen Anstalten in kurzen Zeitabständen leider an dem reinen Typ der kolonialen Anstalt im Kleinbaustile gänzlich vorbeigekommen sind. Bei Emmendingen hat man diese Bauart als zu jung und unerprobt noch nicht ganz übernehmen mögen, und bei den späteren Anstalten ist man aus den eben dargelegten Gründen bereits wieder Kompromisse auf größere Bauten als die ursprünglichen eingegangen.

Die Geschichte dieser neuen badischen Anstalten gehört übrigens so sehr der Gegenwart an und ist auch vielfach andernorts schon berührt worden, daß wir uns darüber hier nicht zu verbreiten brauchen. *Wiesloch* bei Heidelberg, auf 1000 Kranke berechnet, wird seit dem Jahre 1903



gebaut und ist am 20. Oktober 1905 mit einem kleinen Teil der Anlage 200 Betten) eröffnet worden; beinahe alle Krankenhäuser sind nunmehr erstellt, die Belegung der Anstalt beträgt zurzeit über 1250 Kranke. Die Anstalt bei Konstanz für 910 Kranke steht noch in einem früheren Baustadium und soll im Herbst 1913 mit einem Teil der Gebäude (400 Betten) eröffnet werden.

Das Projekt für die große Anstalt bei Rastatt mit über 2000 Betten ist in Vorbereitung; man rechnet mit dem Beginn der Bauarbeiten im Frühjahr 1914 und mit der Eröffnung eines Teils im Jahre 1919.

Schon bei der Planung der Anstalt Wiesloch war es unumgänglich nötig, die ärztlichen und baulichen Anforderungen im Sinne der vorhin gemachten Ausführungen herunterzusetzen, war doch das erste Bauprojekt vom 1. Juli 1903 mit 7,63 Millionen als zu kostspielig befunden und einer Reduktion auf 5,75 Millionen, mithin um 1,88 Millionen, d. h. um 25 %, unterworfen worden. Schon aus diesen Zahlen geht hervor, daß eine große Vereinfachung des ersten Projekts stattfinden mußte. Eine Vergleichung der beiden Projekte ergibt auch in der Tat, daß diese Reduktion zum wesentlichen Teil auf Kosten der Anzahl der Krankengebäude, also bei gleicher Gesamtkrankenzahl durch Vergrößerung der einzelnen Krankenhäuser entstanden ist. Während das erste Projekt eine reichere Differenzierung der ganzen Anlage der Krankenhäuser im Sinne des Altscherbitzer Programms aufgewiesen hatte, war man im zweiten von 32 Krankenpavillons des ersten Projekts auf 26 Krankenpavillons zurückgegangen.

Hier hat nun einer der begeistertsten Schüler von Altscherbitz, *Haardt*-Emmendingen selbst, wenn wohl auch ungern, die Konzession größerer Pavillons machen müssen; und zwar ist eine Form derart gewählt worden, daß man den Grundriß des Erdgeschosses, d. h. die Tagsaalabteilungen, durch eine angegliederte Bettbehandlungsabteilung vergrößert hat. Dadurch wurde auch das Obergeschoß ausgedehnter und erhielt mehr Krankenräume. Der gedrungene Bau der Altscherbitzer Grundrisse wurde so durch einen in die Länge gezogenen Bautrakt verdrängt. Es entstanden Pavillons mit 40—50—60 Betten. Weil nun diese ganze Krankenzahl auf eine Flucht von zwei oder drei ineinandergehenden Tagsälen angewiesen war, ergab sich jedoch die unerwünschte Anhäufung zahlreicher Kranken nebeneinander in denselben Räumen. Darunter litt sowohl die Übersichtlichkeit der Abteilungen als auch verschwanden die kleinen Milieus, die für die individuelle Krankenbehandlung so vorteilhaft sind. Wir möchten daher diese Form der mittelgroßen Pavillons für 50—60 Kranke, wenn alle diese Kranken auf die gleichen Tagsäle angewiesen sind, nicht zur Nachahmung empfehlen. Man sollte nicht weiter gehen als auf eine Höchstzahl von 35—40 Kranken als Abteilungseinheit und dies nur bei den ruhigen, sozial verträglichen Kranken.

In der Weiterentwicklung der Wieslocher Anstalt sind wir denn



auch von dieser Pavillonform zum Teil wieder abgekommen. Wir haben zwar bei einer Anzahl von Häusern die Größe der Pavillons und die Belegziffer von 50—60 Kranken beibehalten, aber das Haus im Innern untergeteilt in zwei bis vier gänzlich selbständige Unterabteilungen von 10—25 Betten, die auch im Betrieb bei Tag und Nacht voneinander getrennt gehalten bzw. überhaupt nicht vereinigt werden können. Andererseits haben wir aber mit bewußter Absicht unsere offenen Landhäuser, die ursprünglich gleichfalls auf 50 Krankenplätze angesetzt waren, in solche von 35 Plätzen umgewandelt. Wir haben dadurch einmal statt zwei Landhäusern deren drei, also eines mehr bekommen; zweitens hat sich das äußere Bild der Anstalt gefälliger gestalten lassen, zumal die Landhäuser an der äußeren Peripherie liegen, und drittens haben wir als Hauptsache für die beruhigten und frei zu behandelnden Kranken durchaus behagliche Wohnstätten und ein Zusammensein im kleinen Kreise geschaffen. Wir glauben, daß diese Villen an Wohnlichkeit und Behaglichkeit den Altscherbitzer Villen nichts nachgeben.

So ist denn Wiesloch recht eigentlich eine Versuchsstation für Krankenhaustypen jeder Art geworden. Davon hat man bei dem Projekt für die Anstalt bei Konstanz zu profitieren gesucht. Wir sehen dort einmal in den Aufnahmehäusern A R und A U wieder einheitlichere Krankenhaustypen im Altscherbitzer Sinne entstehen, wie sie in Wiesloch nicht vorhanden sind; weiterhin Pavillons nach dem älteren Typ „Wiesloch" mit der angegliederten Bettbehandlungsabteilung im Erdgeschoß, ferner die größeren Lazaretthäuser mit vier Abteilungen, zwei im Erd- und zwei im Obergeschoß, beide Stockwerke gleich eingeteilt. Es kommt hinzu ein Haus — U 2 —, das dem Wieslocher nachgebildet ist und im Erdgeschoß eine vollkommene Wachabteilung, im Obergeschoß eine ähnlich eingeteilte Abteilung für insoziale Kranke enthält, und schließlich drei offene Landhäuser nach dem Wieslocher Typ zu je 35 Betten.

Unterdessen waren auch an anderen modernen Anstalten größere Pavillons in steigender Zahl in das Programm eingestellt worden. Ich selbst habe sowohl bei den reichlichen Besichtigungen der Anstalt Wiesloch durch Baukommissionen wie auch in zwei Aufsätzen: „Zum Bau der Irrenanstalten" (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1908, Nr. 18 und 1910 Nr. 28) auf die Möglichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit derartiger größerer Projekte in einem Anstaltsprogramm hingewiesen und im zweiten Aufsatz auch zwei Grundrisse solcher Bauten veröffentlicht. Der eine betraf einen Doppelpavillon: zu beiden Enden je eine Tagsaalabteilung, in der Mitte zwischen beiden eine größere Bettbehandlungs- oder Wachstation. Der andere, ein bei weitem größeres Projekt, stellt die Zusammenlegung von fünf

Pavillons zu 20—60 Betten, meistens klinischen Stationen, zu einem Ganzen dar, in der Form einer gestaffelten Zentralanstalt nach englischem Muster, jedoch ohne Korridoranlage; es sind einfach mit den Treppenhäusern aneinandergeschobene und verbundene Einzelpavillons.

Diese Idee eines zusammengesetzten Bautrakts hat nun, wenn auch in etwas modifizierter Form, ihre Verwirklichung gefunden im sogenannten „großen Haus“ der vor kurzem eröffneten neuen oberbayerischen Heilanstalt Haar, der Schwesteranstalt von Eglfing. Hier hat man nicht vor dem Experiment zurückgeschreckt, einen zusammenhängenden Bautrakt von 117 m Länge und für im ganzen 280 Kranke berechnet, halb für Männer, halb für Frauen zu erstellen. Trotz dieser Ausdehnung handelt es sich hier um keinen Zentralbau alten Stils mit Längskorridoren, sondern, wie gesagt, einfach um eine Zusammenlegung mehrerer Einzelpavillons an den Eingängen und Stirnseiten. Das Haus dient in dieser Form als große klinische Aufnahme- und Wachstation für alle Krankenkategorien, die einer besonders sorgfältigen ärztlichen Behandlung, Pflege und Aufsicht bedürfen. Wir können uns nicht verhehlen, daß hier ein neuer Gedanke in durchaus ansprechender und zweckmäßiger Form ausgebildet worden ist, wie auch das Äußere des Hauses durch eine sehr geschickte architektonische Gliederung jeden Gedanken an etwas Kasernenmäßiges, an Gefängnis oder Massenquartier ausschließt; es ist ein großes, schönes Krankenhaus von behaglichem Wohncharakter geworden. Abgesehen von diesem zusammenhängenden Bautrakte sind aber auch sonst in Haar noch manche größere Pavillons, die mehr als eine Krankenabteilung enthalten, erstellt worden; sie überwiegen sogar im Anstaltsbilde bedeutend.

Dem gleichen Vorgange begegnen wir an allen neuen Anstalten; überall sehen wir Häuser für 70—80—100 und 120 Kranke mit zwei und mehr Abteilungen entstehen, und zwar bilden sie mitunter so stark die Mehrzahl, daß für kleine Bauten nach Altscherbitzer Art im Anstaltsplane nur wenig Platz übrigbleibt. Auch fängt man in ziemlich neuen Anstalten bereits an, vorhandene Pavillons durch Anbauten neuer Abteilungen zu vergrößern, so daß sie ebenfalls auf 100—120 Betten anwachsen. Und schließlich hat man die Notwendigkeit empfunden, zwei vorhandene Pavillons aus Gründen des be-



quemeren ärztlichen und wirtschaftlichen Betriebs durch Verbindungsgänge oder -trakte miteinander zu verbinden.

Bei dieser heutzutage schon ziemlich weit vorgeschrittenen Bauentwicklung haben wir nun zwar noch die Pavillonanstalt, aber sie besteht beinahe nur noch aus größeren Häusern. Die hübschen Altscherbitzer Villen zu einer einheitlichen Abteilung sind fast vollständig verschwunden. Diesen Ausgang, den wir als eine zu starke Reaktion gegen das Kleinbausystem ansehen, müssen wir lebhaft beklagen, zumal er auch nicht nötig ist. In unseren badischen Anstaltsprojekten haben wir uns davor gehütet. Wir haben zwar reichlich die großen Pavillons eingeführt, überall an der Peripherie der Anstalt aber einen Kranz von Landhäusern uns erhalten. Wir möchten dieses freundliche Bild im äußeren Anblick unserer Anstalt keineswegs missen.

Wenn wir nun im Zusammenhange noch etwas näher auf die Form und den Betrieb der größeren Pavillons eingehen, so stellen wir voran, daß wir hier Krankenhäuser mit 60—70 und mit 100—120 Betten in zwei bis vier getrennten, voneinander unabhängigen Unterabteilungen im Auge haben. Dabei können wir vor allem — und wir sprechen hier aus den Erfahrungen des Betriebs — nicht zugeben, daß etwa die Zusammenfassung zweier oder mehrerer Abteilungen in einen Bau irgendwelche Nachteile für das Wohl der Kranken und für ihre zweckmäßige Unterbringung, Besorgung und Behandlung mit sich bringe. Sind die einzelnen Abteilungen gut voneinander geschieden, im Grundriß glücklich disponiert, so daß keine von der anderen merklich gestört werden kann, so sehen wir wirklich keinen Grund, der gegen eine solche Vereinigung spräche. Sogar gewisse Vorteile im täglichen Betriebe möchten wir diesen Bauformen vindizieren. Erstens können bei der räumlichen Nähe der verschiedenen Abteilungen Verlegungen, die aus diesem oder jenem Grunde nötig werden, vielfach innerhalb desselben Pavillons vollzogen werden, so daß die Verbringung in andere Häuser seltener nötig wird. Ferner ergeben sich im Ausgleich des Personals bei der Besorgung des Krankenpflegedienstes, für die ärztliche Untersuchung und Behandlung der Kranken und die ärztliche Aufsichtführung, ferner für die Versorgung des Hauses mit allem Nötigen (Speise, Materialien, Wäsche usw.) wesentliche, nicht zu verachtende Vereinfachungen. Dadurch, daß

das Haus im Innern in kleine Abteilungen gesondert ist, bietet es den Kranken einen behaglicheren Aufenhalt als in manchen anderen Projekten, wo die ganze Belegung eines Hauses von 50—60 Kranken auf dieselben ineinandergehenden Tagräume angewiesen ist; der Eindruck von Massenquartieren kann hier für den Bewohner nie entstehen.

Was nun die verschiedenen Krankenkategorien, denen unsere Anstalten in verschiedenartigen Abteilungen Unterkunft bieten sollen, betrifft, so werden wir immer zu sorgen haben einmal für die Aufnahme von frisch Erkrankten und auf kürzere oder längere Zeit der klinischen Behandlung, Beobachtung und Bewachung Bedürftigen in Aufnahme- und Wachstationen, zweitens für eine große Anzahl von körperlich Kranken, Gebrechlichen und Siechen, die ebenfalls in vermehrtem Grade der Obsorge und Pflege auf Bettbehandlungs- und Wachabteilungen bedürfen, drittens für die zahlreichen chronischen, geistig geschwächten Pfleglinge, die unter einer geregelten Tagesordnung und Anleitung zur Beschäftigung zur Einhaltung einer einigermaßen geordneten und für die Allgemeinheit nützlichen Lebensführung gebracht werden können. Viertens für die der Genesung Entgegengehenden und hauptsächlich noch der Erholung, der körperlichen, nervösen und geistigen Kräftigung Bedürftigen, wie auch, zusammen mit diesen, fünftens für die körperlich rüstigen und arbeitsamen geordneten Elemente, die gänzlich frei verpflegt und in den offenen Landhäusern gehalten werden können. Für alle diese verschiedenen Kategorien muß die Heil- und Pflegeanstalt geeignete Einrichtungen und Unterkunftsräume bieten, zugleich mit der weiteren Möglichkeit, die an Bildung und sozialem Verhalten Höherstehenden oder besser Gearteten von den weniger guten oder sogar antisozialen Elementen zu scheiden. Es muß also eine Fülle von einzelnen Abteilungen in der Anstalt vorhanden sein — je mehr desto besser —, so daß jede kleine Gruppe auch die ihr entsprechenden Bedingungen und ihr Milieu von Gleichgearteten findet und die einen nicht zu sehr von den anderen in Mitleidenschaft gezogen werden. Es kommt hinzu die geeignete gesonderte Unterbringung für Kranke der höheren Stände mit ihren vermehrten Ansprüchen und als Gegenstück die sichere und doch humane Fürsorge und Verwahrung der im Leben draußen sittlich gestrandeten, verwahrlosten und verbrecherischen Elemente. Für

jedes derartige Milieu ein eigenes Häuschen zu gründen, was ärztlich genommen zugestandenermaßen das Ideal wäre, geht unter den heutigen Verhältnissen nicht an. Wir dürfen auch keine zu hohen oder unerfüllbare Ansprüche stellen. Wir müssen uns vielmehr damit befassen, mehrere solche Abteilungen in einem Hause zu vereinigen.

Als mittlere Zahlen für solche einzelne Krankengruppen wird man nun annehmen können: 20—25 Kranke bei den sogenannten Unruhigen und Antisozialen, bei den letzteren unter Umständen noch weniger, 25—35 bei den sogenannten Halbruhigen und 35—40 Kranke bei den sogenannten Ruhigen. Für die klinischen Aufnahme- und Wachstationen wird man über 20—25 Krankenbetten in einer Abteilung nicht hinausgehen sollen. Bei den Lazarettkranken kann man bis zu 30 Kranke in einer Abteilung vereinigen. Die Erholungsbedürftigen und Genesenden wird man wieder in kleineren Milieus von 20—25 verpflegen.

Bei der Zusammenfassung mehrerer solcher Gruppen in einem Haus kann man innerhalb des Hauses trennen entweder horizontal oder vertikal oder beides zusammen. Wir erhalten so Häuser zu zwei oder vier gleichartigen, im Betrieb völlig selbständigen, unter sich getrennten Abteilungen, entweder nebeneinander oder in zwei Stockwerken übereinander liegend. Die Pavillons zu zwei Abteilungen werden eine Krankenzahl von 40—70 Kranken umfassen, die zu vier Abteilungen eine Krankenzahl von im ganzen 80—120 Kranken. Gegen eine derartige Anordnung wird man, immer vorausgesetzt, daß die Grundrißeinteilung eine zweckmäßige und die Abteilungstrennung durchgeführt ist, von ärztlicher Seite gar nichts einwenden können.

Eine andere Form der Doppelpavillons, die im Erdgeschoß eine größere Bettbehandlungsabteilung (25 Betten) und zu beiden Seiten je eine Tagsaalabteilung hat, während im Obergeschoß die Schlafsäle für diese beiden Abteilungen sich befinden, hat auch für rüstigere Kranke — Unruhige oder Halbruhige — den Vorteil, daß man solche Kranke aus der Belegschaft des Hauses, die aus irgendeinem Grunde, sei es in geistiger Beziehung oder wegen interkurrenter körperlicher Erkrankung, kürzere oder längere Zeit der Bettlage und Beobachtung bedürfen, im Hause selbst in der Bettbehandlungsabteilung weiter verpflegen kann, bis sie wieder gebessert sind.



Alle diese Bauformen stellen im Grunde genommen gar nichts nderes dar als eine Zusammensetzung entweder zweier Einheitsäuser im Altscherbitzer Sinne an der kurzen Stirnseite mit den Einängen oder aber zweier Pavillons, die im Erd- oder Obergeschoß e eine für sich selbständige Abteilung enthalten. So entstehen die 'avillons zu zwei oder zu vier Abteilungseinheiten. Mit der Wiederufnahme des Korridorsystems haben diese Häuser gar nichts zu tun; ler Korridor bleibt ein Nebenbestandteil.

Zur Frage der Korridore im speziellen möchten wir hier iber bemerken, daß wir sie durchaus nicht grundsätzlich verwerfen. Vo sie sich als unbedingt notwendig erweisen, um eine gute Anordnung ler Räume zu gewinnen, insbesondere auch um Nebenräume geschickt mzugliedern und in Verbindung mit den Haupträumen zu bringen, nehmen wir sie ruhig an. Über das Korridorsystem selbst, das hier nicht in Frage steht, haben wir uns bereits ausgesprochen. Im übrigen ist es aber ein großer Unterschied, ob wie bei diesem der Korridor der Hauptbestandteil und das einteilende Prinzip bildet, so daß alle Räume, auch die wichtigsten Krankenräume, auf ihn münden müssen, oder ob gegenteils wie beim Pavillonsystem die Krankenräume, d. h. die Wachsäle und die Tagräume, als die Hauptteile im Grundriß hervortreten und die Anordnung derart bestimmen, daß um sie die Nebenräume einschließlich des Eingangs, Treppenhauses und Vorflurs geschickt und betriebgerecht gelagert sind; wenn dabei ein kleinerer oder selbst größerer Korridorabschnitt, sei es in der Mitte oder an sonst einer Stelle des Hauses nötig wird, so ist das wahrhaftig kein Unglück. Bei größeren Pavillons, Doppelpavillons, die mit den Kurzseiten aneinanderstoßen, wird man ein Stück Flur häufig auch in der Mitte gar nicht entbehren können; wir halten ihn hier für vorteilhaft und besser, als wenn es an dieser Stelle, wie man häufig antrifft, zu enge zugeht.

Wenn wir uns nun fragen, welche Kategorien unserer Kranken wir in den größeren Häusern zu mehreren Abteilungen, welche in den Einheitsvillen wohnen lassen sollen, so möchten wir uns im allgemeinen dahin aussprechen, daß Aufnahme- und Wachabteilungen jeder Art zu mehreren in einem Hause vereinigt werden können. Beiderlei Abteilungen werden übrigens in der Regel zusammenfallen; besondere Aufnahmepavillons halten wenigstens wir für unnötig;



die Aufnahmen werden einfach auf einer der Wachstationen, die dem Zustande des Aufzunehmenden angemessen ist, vollzogen.

Nur bei den Unruhigen kann es zweifelhaft erscheinen, ob man die Wachabteilungen in zwei Geschossen übereinander anordnen soll. Wir haben indes auch diese Anlage schon hier ausgeführt und in jahrelangem Betriebe keinen nennenswerten Nachteil davon gesehen. Wir legen in das Obergeschoß die weniger störenden und außerdem abgestumpfteren Kranken, die durch die Unruhe im Geschoß darunter, soweit sie überhaupt durchdringt, wenig oder gar nicht alteriert werden. Für die allerunruhigsten und störendsten Elemente kann man immerhin einen einstöckigen Pavillon nehmen, der jedoch gut zwei gleiche Abteilungen nebeneinander, rechts und links vom Eingange, durch verschiedene Nebenräume getrennt, enthalten kann.

Wir raten also davon abgesehen für Aufnahme- und Wachstationen Häuser zu vier gleichartigen, aber unter sich getrennten Abteilungen, je zwei auf demselben Geschosse nebeneinander und in zwei Geschossen übereinander, mit einer Belegziffer von viermal 20—25 Betten, also zusammen von 80—100 Betten auszuführen. Auf diese Weise können auch die hier besonders wichtigen Erfordernisse des Krankendienstes, der Aufsicht und der intensiven Inanspruchnahme der ärztlichen Kräfte gewissenhaft erfüllt und zugleich ihre Durchführung erleichtert werden. Auch der Anstaltsdirektor wird es so auch an großen Anstalten leichter haben, die schwer Kranken und die frischen Aufnahmen öfter als sonst möglich zu besuchen. In gleicher Weise kann auch für andere in stärkerem Maße der Bettbehandlung und der Beobachtung, der Nachtwache bedürftige Kranke — insbesondere Epileptiker — gesorgt werden.

Zu noch höheren Zahlen in der Krankenbelegung und zu noch größeren Häusern kann man kommen bei der großen Anzahl der Gebrechlichen und Siechen, deren unbedenklich bis zu 30 in einer sonst gut gegliederten Abteilung zusammengelegt werden können. Wir erhalten damit in einem zweistöckigen Bau vier Abteilungen mit $4 \times 30 = 120$ Kranken. Hier erhebt sich dann die weitere Frage, ob wir uns nicht gerade bei dieser besonderen Art von Kranken, für die bei den schwereren Fällen fortdauernde Bettlage und körperliche Obsorge nötig wird, dafür entscheiden sollen, noch ein drittes Stockwerk mit zwei weiteren Abteilungen von gleicher Größe aufzusetzen,

o daß die Belegziffer des Hauses auf 180 Kranke anstiege; hier im ritten Stock bekämen dann die ständig Bettlägerigen ihren Platz. Vir halten diesen Weg nicht nur für gangbar, sondern auch in verchiedener Beziehung für vorteilhaft. Vorausgesetzt ist dabei, daß ußer der nötigen Anzahl von Treppenhäusern in der Mitte des Hauses ich ein Aufzug für Personen und Betten befindet, um den Verkehr u erleichtern, und daß zweitens Infektionskranke in diesem Hause nicht orhanden sind. Ein derartiges Haus wird in Bau und Betrieb wesentich einfacher und billiger ausfallen als zwei kleinere Pavillons für den gleichen Zweck und die gleiche Gesamtkrankenzahl.

Für die körperlich rüstigen Pfleglinge aus der Kategorie der Unruhigen und Halbruhigen, die zur Beschäftigung angeleitet werden, dienen dann die beschriebenen Doppelpavillons (zwei Tagsaal- und eine Bettbehandlungsabteilung im Erdgeschoß, Schlafsäle im Obergeschoß) als zweckmäßige Wohnstätten von 60—70 Plätzen.

Als Krankenkategorien, für welche wir statt der großen Pavillons besser die kleineren Häuser wählen, werden wir ohne Zweifel erstens die der Genesung entgegengehenden beruhigten, aber noch erholungsbedürftigen Kranken und zweitens die rüstigen Kranken, auch die chronischen, die der freien Verpflegung teilhaftig werden sollen, bezeichnen. Dafür halten wir kleine offene Landhäuser nach dem bewährten Altscherbitzer Muster für die geeignetste, ja einzig richtige Unterbringungsform. Die Villen können baulich außerordentlich einfach sein — z. B. können die Bäder und Putzräume im Untergeschoß angeordnet sein; ein Besuchszimmer kann fehlen — und sie können dabei doch außerordentlich gemütlich und wohnlich gehalten sein. Sie erhalten eine Belegung von 30—40 Kranken entweder in einer Abteilung — Tagsäle im Erdgeschoß, Schlafsäle im Obergeschoß oder Dachgeschoß — für rüstige Arbeiter oder aber in zwei getrennten Abteilungen in zwei Stockwerken übereinander — Tagsäle neben den Schlafsälen — für die Rekonvaleszenten und Ruhebedürftigen und auch für die sogenannten Psychisch-Nervösen, die sich ja mehr und mehr unseren Anstalten zuwenden.

Gleichfalls kleine behaglichere Villen von Wohnhauscharakter in verschiedenen Unterarten als Wachabteilung, geschlossene Abteilung, offene Villa werden wir für die Kranken der höheren Stände bereitstellen.



Besondere Bauformen verlangen die Häuser für Kinder und die gesicherten Häuser für gefährliche Kranke.

Wenn wir uns fragen, welche Prozentsätze für die verschiedenen Krankenkategorien anzunehmen seien, so wird man dafür niemals eine allgemein gültige Formel aufstellen können. Die einzelnen bedingenden Faktoren sind dazu zu ungleich sowohl nach der Art der Anstalt, den Aufgaben, die sie zu erfüllen hat, wie nach der Art der Bevölkerung, die auf die Anstalt angewiesen ist. Nicht minder hängen diese Ansätze auch ab von der ärztlichen Leitung und von den Grundsätzen, die sie zur Geltung bringen will. Nach unseren bisherigen Erfahrungen und für unsere Bedürfnisse gerechnet können wir jedoch im allgemeinen angeben, daß man für große Landesanstalten zweckmäßigerweise anordnet, daß 45—50% aller Betten in Wach- oder Bettbehandlungsabteilungen jeder Art untergebracht sein sollen; es sind darunter verstanden die klinischen Aufnahme- und Wachstationen für Unruhige, Halbruhige und Ruhige, die Lazarettstationen für körperlich Kranke, Sieche und Gebrechliche und die Bettbehandlungsabteilungen für Epileptiker. Und zwar werden unter diesen 45—50% ungefähr zu zählen sein für Unruhige 15%, für sogenannte Halbruhige und Epileptiker 10%, für Ruhige 10%, für Lazarettkranke 10—15%. Die Epileptiker werden übrigens auf den Wachstationen jeder Art vorkommen, da sie je nach ihrer Zustandsphase bald der unruhigen, bald der halbruhigen oder ruhigen, bald der Lazarettwache bedürfen werden. Weiterhin rechnen wir auf geschlossene Häuser für Unruhige ohne Wache 10%, auf geschlossene und halboffene Häuser für sogenannte Halbruhige 20%, auf offene Landhäuser schließlich 20—25% der Plätze.

Der Prozentsatz für offene Villen mag manchem gegenüber anderen Anstalten etwas gering vorkommen; wir können aber bei unserem Krankenmaterial in der Tat für eine Erweiterung der freien Verpflegung nicht eintreten. Andererseits werden wir aber auch das Gefühl nicht los, daß darin mancherorts zu weit gegangen wird. Kranke, die ganz freien Ausgang bekommen, verlieren zu leicht alle Direktive, entziehen sich der notwendigen Ordnung und nehmen zu ihrem und der Allgemeinheit Schaden eine Menge von Untugenden und schlechten Gewohnheiten an, gegen die hinterher schwer anzukämpfen ist. Aus



iesem Grunde sind wir in der Gewährung von Freiheiten etwas vor-
ichtiger geworden.

Mit der hier von uns vorgenommenen Zusammensetzung des
Bauprogramms einer Anstalt einerseits aus größeren Häusern mit
wei bis vier selbständigen Abteilungen und im ganzen 40—80—100—120
Plätzen und andererseits aus kleinen Landhäusern zu e i n e r Ab-
eilung mit 30—40 Betten glauben wir die Vorteile der gedrängteren
Bauweise mit denen der offenen Kolonie im Kleinbaustile ver-
inigt zu haben.

Die großen Häuser, bei denen sich die bauliche Scheidung in
Abteilungen erst innerhalb des Hauses abspielt, liegen ihrer Wichtig-
keit als klinische Stationen entsprechend mehr im Zentrum der
Anstaltsanlage abseits vom Verkehr. Die kleinen Einheitskranken-
häuser, die schon im Äußeren der freieren Form des Wohnhauses
sich nähern, kommen dagegen nach auswärts an die Peripherie der
Anstalt zu stehen und vermitteln so den Übergang aus der Kranken-
anstalt in die Außenwelt. Dem ganzen Anstaltsbilde bleibt so auch
in dieser modifizierten Form der Charakter der Pavillonanstalt und
der freundliche Anblick einer offenen Krankenhaus- und Villenkolonie
gewahrt.

Die so gewonnene Form der Anstalt ermöglicht einerseits durch
ihre konzentriertere Anlage ein rationelles Bauen und einen einfachen
Betrieb unter Ausnützung der großen technischen Einrichtungen
unserer Zeit und trägt andererseits infolge ihrer differenzierten An-
ordnung allen ärztlichen Forderungen der Krankenbehandlung und
-pflege in natürlicher und zweckmäßiger Form Rechnung. So kommt
ein erfreulicher Kompromiß zwischen den Grundsätzen einer ver-
nünftigen Finanzgebarung und einer durchdachten Krankenfürsorge
zustande.

Mit der hier gegebenen Aufstellung eines Anstaltsprogramms
soll nun selbstverständlich keineswegs etwa ausgedrückt sein, daß
sie für alle Fälle zutreffe. Innerhalb des allgemeinen Rahmens bleibt
übrigens genug Spielraum für das Einsetzen jeder einzelnen Indi-
vidualität, sowohl der des ärztlichen Sachverständigen wie des Archi-
tekten, übrig. Vielfach wird man das Programm im besonderen Fall
abändern müssen z. B. in der Verteilung der verschiedenen Kranken-
kategorien, deren Prozentsätze ja in der Tat sehr variieren können.



Das Programm ändert sich aber auch nach den Zielen und Aufgaben der einzelnen Anstalten. Irrenanstalten für vorwiegend chronische Kranke mit nur wenig frischen Aufnahmen werden anders zu gestalten sein wie solche mit einer großen Aufnahmeziffer, zumal wenn noch die Möglichkeit der Abgabe der chronischen Kranken an andere Anstalten besteht. Anstalten, die vorwiegend mit ländlicher Bevölkerung zu rechnen haben, werden auch im Bauprogramm in manchen Punkten anders ausfallen als solche, die hauptsächlich auf Kranke aus Großstädten angewiesen sind. Wir können uns z. B. auch sehr gut vorstellen, daß man in einem bestimmten Fall auf eine Zentralbauanlage und sogar auf einen Korridorbau zurückkommen kann, mindestens für einen Teil der Anstalt, z. B. für den Teil, der die klinischen Stationen in sich vereinigen soll, sei es nun nach dem Typus der Irrenklinik, sei es nach dem des großen Hauses in Haar. Es ist auch gar nicht einzusehen, warum man klinische Stationen in unseren großen Anstalten nicht ebensogut in zusammenhängenden Bauten unterbringen soll, wie es zur Erleichterung des Krankenhausbetriebs und des ärztlichen Dienstes in Irrenkliniken und in allgemeinen Krankenhäusern geschieht. Was dort sich bewährt und Vorteile bietet, muß auch, partiell genommen, für unsere großen Anstalten gut sein. Das Bedürfnis soll entscheiden, nicht irgendein System. Wir bekämen damit einfach eine Übertragung der psychiatrischen Klinik und des Stadtasyls auf die allgemeine Irrenanstalt in dem Teile, der die gleichen Aufgaben zu erfüllen hat wie das Stadtasyl bzw. die Irrenklinik. Die Gründe, die für die Anlage der Irrenkliniken und zwar auch der neuesten in geschlossener Bauart maßgebend waren, können nicht gänzlich ignoriert werden; zum mindesten werden sie aber für die Einrichtung und Anlage unserer vergrößerten Pavillons zu mehreren Abteilungen sprechen.

Über alle diese und andere Fragen muß der Erbauer der Anstalt nach reiflichen Erwägungen sich klar werden und darnach sein Programm einrichten. Von entscheidender Wichtigkeit ist dabei — wir haben das schon früher ausgeführt —, daß der ärztliche Sachverständige von vornherein mit der ganzen Aufgabe in verantwortlicher Weise betraut wird und ohne Unterlaß mit dem Bausachverständigen, dem Architekten, Hand in Hand geht. Ohne ein derartiges konzentriertes Sichvertiefen in die Aufgabe und Zusammenarbeiten von Arzt und Architekt ist keine glückliche Ausgestaltung dieser außer-

ordentlich großen Wertobjekte, die der Krankenversorgung und der öffentlichen Wohlfahrt dienen sollen, denkbar.

Bei unserem neuesten Anstaltsprojekt in Baden, der großen künftigen Anstalt bei Rastatt für 2000 Betten, haben wir uns nun die Befolgung der hier vorgetragenen Grundsätze in folgender Weise zurechtgelegt:

Für eine Anstalt von dieser Größe war es natürlich doppelt nötig, in der Hauptsache größere Krankenhäuser zu wählen, da man anderenfalls auf eine ungeheuerliche Anzahl gekommen wäre. Wir haben uns von vornherein, um den Bau und zugleich den späteren Betrieb zu vereinfachen, auf einige Bautypen festgelegt, die auf jeder Geschlechtseite mehrfach wiederkehren, trotzdem aber voneinander gewisse Unterschiede zeigen.

Und zwar sind es 1. die Häuser zu 100—120 Kranken in vier gleichen Unterabteilungen zu 25—30 Plätzen, je zwei Abteilungen in Erdgeschoß und Obergeschoß übereinander. Die beiden Abteilungen eines Stockwerks stoßen in der Mitte an das Haupttreppenhaus, an dem auch einige Nebenräume gelagert sind; es folgen beiderseits die Tagsäle, Bäder, dann die Wachsäle und Einzelzimmer am Ende des Hauses, wo sich auch ein weiterer Eingang, eine Nebentreppe und etwa notwendige Nebenräume befinden. Diese Häuser sind berechnet einmal als Aufnahme- und Wachstationen für sogenannte ruhige und halbruhige Kranke, dann auch in etwas abgeänderter Form für die große Zahl der körperlich Kranken, Gebrechlichen und Siechen.

2. Kleinere Häuser, die gerade der Hälfte eines der vorhergehenden entsprechen, im übrigen aber eine ganz ähnliche Grundrißeinteilung haben; sie dienen als Wach- und Aufnahmestationen für Unruhige und sind auf 40—50 Betten in zwei Abteilungen zu 20—25 Betten in zwei Stockwerken übereinander berechnet.

3. Doppelpavillons zu 60—70 Betten; sie enthalten meinem schon früher besprochenen Vorschlage entsprechend im Erdgeschoß an beiden Enden je eine Tagsaalabteilung für je die Hälfte der Belegschaft des Hauses, in der Mitte eine Bettbehandlungs- oder Wachabteilung mit 20—25 Plätzen; die übrigen Plätze befinden sich in den Schlafsälen im Obergeschoß. Die Häuser sind bestimmt einmal für unruhige oder insoziale Kranke und zweitens für sogenannte halbruhige Kranke, die noch einer gewissen Aufsicht bedürfen.

4. Die Landhäuser zu 35—40 Betten in der einfachsten Bauform; Tagsäle und eventuell noch ein Schlafsaal im Erdgeschoß, Schlafsäle im Ober- bzw. Dachgeschoß, Bäder und Putzräume im Untergeschoß.

Das Programm wird noch vervollständigt durch ein Landhaus für Rekonvaleszenten (40 Kranke) mit zwei nach Stockwerken geschiedenen kleinen Abteilungen zu je 20 Plätzen, ferner ein geschlossenes Haus für Kranke der höheren Stände (40 Betten), das im Erdgeschoß zwei

nebeneinandergelegene Abteilungen für je 10 Kranke der ersten bzw. zweiten Klasse ohne Wachbetrieb enthält, im Obergeschoß zwei nebeneinander liegende Wachabteilungen zu je 10 Betten für die gleichen Verpflegungsklassen und ein offenes Landhaus für Kranke der höheren Stände (20 Betten) in zwei Abteilungen für die erste bzw. die zweite Verpflegungsklasse in zwei Stockwerken übereinander.

Dazu kommt dann noch, einem besonders betonten Wunsche von mir entsprechend, ein Kinderpavillon zu 30 Betten mit zwei getrennten gleichgroßen Unterabteilungen in zwei Stockwerken, zur Aufnahme und Beobachtung geistig abnormer Kinder; auf der Männerseite allein noch ein gesichertes Haus mit 50 Betten in vier Unterabteilungen und schließlich für jede Seite ein Infektionshaus mit 30 Betten; es enthält im Erdgeschoß drei kleine getrennte Infektionsabteilungen zu 7, 6 und 2 Betten, zum Teil in Einzelzimmern, und im Obergeschoß eine Abteilung für 15 Typhusbazillenträger.

Die ganze Anstalt setzt sich zusammen aus 35 Krankenpavillons für 2050 Kranke, aus 17 Verwaltungs- und Betriebsgebäuden und ungefähr 24 Beamtenwohnhäusern, somit im ganzen aus 76 einzelnen größeren und kleineren Gebäuden. Nach dieser Gebäudezahl genommen, wird man für Rastatt wohl den Namen einer Pavillonanstalt sehr wohl aufrecht erhalten können, zumal im Durchschnitt auf einen Krankenpavillon nicht mehr als 58 Kranke kommen. Bei manchen anderen, auch kleineren Anstalten sehen wir eine viel höhere Durchschnittsziffer für den Pavillon erreicht.

Damit hätten wir unseren Gang durch die Entwicklung des Bauwesens der Irrenanstalten, allerdings unter längerem Verweilen beim badischen Irrenwesen, bis auf die neueste Zeit beendigt. Wir haben angefangen mit den Zeiten, da im allgemeinen von einer Irrenfürsorge überhaupt noch nicht gesprochen werden konnte, und dabei auf die frühen Ausnahmen hingewiesen, die wir an den hessischen Landesspitälern, am Juliushospital in Würzburg und besonders an unserer badischen Landesanstalt in Pforzheim besitzen; alle diese Anstalten sind nach verschiedenen Umwandlungen noch heute in voller Wirksamkeit. Wir haben dann weiterhin gesehen, daß zuerst an einzelnen Punkten, insbesondere in Städten besondere Unterkunftstätten für Geisteskranke, wenn auch in unzulänglicher baulicher Beschaffenheit, entstanden sind. Aber erst zu Anfang des 19. Jahrhunderts gewinnt die Irrenfürsorge und das Anstaltswesen einen größeren Spielraum und einen selbständigeren Charakter; es werden einzelne Irrenanstalten eigens für ihren Zweck errichtet, allerdings von kleinem Umfange,



ntweder nur für Heilbare oder nur für Unheilbare bestimmt. Dann ommt die Zeit der Adaptierung vorhandener Gebäude insbesondere on säkularisierten Klöstern. Zugleich aber entstehen die ersten usgedehnteren und nach rein ärztlichen Gesichtspunkten durchachten Anlagen von Irrenasylen. Das System der relativ verbundenen Ieil- und Pflegeanstalt im Korridorstile, d. h. noch in Anlehnung n die Klosteranlage, wird von *Roller* und *Damerow* aufgestellt und 842 in Illenau, 1844 in Nietleben zum erstenmal verwirklicht. Längere Zeit hindurch herrscht diese Bauart vor. Dann machen sich nach ausändischen Vorbildern, besonders unter dem Einflusse von *Griesinger*, Bestrebungen für eine freiere Gestaltung des Anstaltsplans geltend. Während es in der Übergangszeit nur zu einer bescheidenen Teilung der Korridoranlage kommt, wird zum erstenmal in den 70er Jahren von *Köppe* und *Paetz* mit dem Korridorstile als Einteilungsprinzip vollständig gebrochen, und es entsteht die reine Pavillonanstalt mit Kolonie, in der die ganze Anstaltsanlage in einzelne kleine Krankenhäuser zu je einer Abteilung aufgelöst wird. Auch dieses sowohl in baulicher Hinsicht wie auch wegen der Krankenbehandlung und Unterbringung außerordentlich schöne und freie Anstaltssystem hat eine Zeitlang unbestritten in Geltung gestanden. Erst in neuester Zeit hat es unter Aufrechterhaltung seines Prinzips einige Einschränkungen erfahren, aber weniger aus ärztlichen Rücksichten als infolge gebieterischer finanzieller Erwägungen, die sich wiederum einmal aus der zunehmenden Größe der Anstalten und zweitens aus der überhandnehmenden Wichtigkeit der neuzeitlichen technischen Errungenschaften für den Betrieb so großer Krankenanstalten ergaben. Von diesem Standpunkte aus war die Beibehaltung der kleinen Einheitshäuser nicht mehr aufrecht zu erhalten, wenigstens nicht durch den ganzen Anstaltsplan hindurch. Man mußte wieder teilweise zu größeren Häusern mit der doppelten und vierfachen Belegziffer zurückkehren, jedoch ohne Wiederaufnahme des Korridorsystems. So behält denn die moderne Heilanstalt für Geisteskranke zwar den Charakter als Pavillonanstalt bei, zeigt aber eine Differenzierung und Zweiteilung ihrer Anlage einmal in größere Häuser mit innerer Gliederung von im ganzen 60—70—100—120 Plätzen für bestimmte Krankenkategorien und nach bestimmten ärztlichen Indikationen (Wachstationen, Lazaretthäuser usw.) im Zentrum der Anstalt und zweitens



in kleine Einheitshäuser zu etwa 35 Plätzen für die freier verpflegten Kranken an der Peripherie des Anstaltsbildes.

Dieses modifizierte Pavillonsystem, aus größeren und kleineren Häusern gemischt, wird voraussichtlich die Zukunft für sich haben; denn es erfüllt alle die verschiedenen Forderungen der Krankenversorgung und der Krankenbehandlung uneingeschränkt und in einer natürlich entwickelten Form. Wir glauben, daß wir damit an einem gewissen Ruhepunkt des Anstaltenbauwesens angelangt sind, zumal uns stärkere Entwicklungsmöglichkeiten so gut wie vollständig zu fehlen scheinen.

Die Heil- und Pflegeanstalt im modifizierten Pavillonsysteme ist so zum Universalkrankenhaus für Geisteskranke aller Zustandsformen geworden, für akute und chronische, für heilbare und unheilbare, für körperlich rüstige und für gebrechliche und sieche Pfleglinge — kurz, jeder findet in dieser reich differenzierten Krankenhausanlage mit ihren ungezählten Unterabteilungen seine zweckentsprechende Unterkunft und Umgebung, zugleich unter Sonderung je nach seinem Stande, seiner Bildung und seinem sozialen Verhalten. Wir haben an ihr die denkbar weitgehendste Vereinigung aller Heil- und Pflegebedingungen für die Zwecke psychiatrischer Krankenfürsorge. Neben ihr brauchen wir keine andere Form des Krankenhauses für Geisteskranke. Wir haben nur dafür zu sorgen, daß diese Asyle nach dem regionären Gesichtspunkte regelmäßig über das Land hin verteilt sind, und daß sie in die Nähe von Verkehrsmittelpunkten und größeren Städten zu liegen kommen, damit sie vom Publikum von allen Seiten leicht erreicht werden können und so zum Zentrum der Irrenfürsorge ihres Aufnahmebezirks nach allen Beziehungen werden.

Wir Irrenärzte werden uns ja ohnehin mit dem Gedanken vertraut machen sollen, daß unsere Heil- und Pflegeanstalten wie schon seither so noch weit umfassender in der Zukunft nicht allein der Behandlung und Heilung der Kranken dienen, sondern daß sie mehr und mehr den Charakter von modernen Zufluchtstätten im allgemeinsten Sinne erhalten werden, indem sie für die Kranken auf längere Zeit hinaus oder zeitlebens oder aber periodisch von Zeit zu Zeit den Aufenthalt darstellen, wo sie, weil unfähig zur selbständigen Lebensführung oder zum dauernden Verweilen in der Außenwelt, im Beruf,

ı der Familie, ihre Ruhe vor den Unbilden und Anforderungen des ,ebens, denen sie nicht gewachsen sind, ihre Versorgung und Pflege, ›weit ihr Krankheitszustand es erfordert, und ihre zweckmäßige nd heilsame Betätigung und damit die nützliche Verwendung ihrer .rbeitskraft, soweit sie dazu fähig und willig sind, erhalten immer unter }erücksichtigung ihrer Lebensgewohnheiten und ihrer individuellen .rtung.

Von Natur und Konstitution aus schwache und minder widertandfähige Menschen, im Kampf ums Dasein und die Konkurrenz 'or der Zeit verbrauchte und zermürbte Existenzen, in den Wirren les Lebens sittlich gestrandete und gemeingefährlich gewordene Elemente, kurz die stets wachsende Summe von solchen, die mit der Allgemeinheit und ihren Notwendigkeiten und Fortschritten nicht gleichen Schritt halten können, sie suchen und finden hier auf ihrer Weltflucht das für sie von der Allgemeinheit gegründete Asyl, ihr Buenretiro teils mit, teils gegen ihren Willen, immer aber zu ihrem und der Allgemeinheit Nutzen unter dem Zeichen der irrenärztlichen Fürsorge, deren sie aus irgendeinem Grunde bedürfen. Hier sollen sie auch bei ihren Versuchen zur Rückkehr in die Welt fortdauernd len stets bereiten Rückenschutz behalten, bis sie dessen ganz entraten können; die ärztlich-soziale und wirtschaftliche Fürsorgeorganisation olgt ihnen von der Anstalt aus nach und bietet ihnen ideelle und materielle Deckung. In das Asyl steht ihnen aber auch bei Rückfällen mmer die rettende Heimkehr offen.

Vermehrt werden diese Anforderungen an unsere Anstalten noch lurch das zunehmende Bestreben des Publikums, erkrankte und einer chonenden Behandlung bedürftige Angehörige aus der Familie weg md in die Obhut der Anstalt zu verbringen, selbst dann, wenn bei Aufwendung von einiger Mühe und Geduld und bei dem nötigen Verständnis eine häusliche Verpflegung möglich wäre.

Auch die Hast und Unruhe des heutigen Erwerbslebens, wie nicht ninder des Genußlebens, ferner die zunehmende Betätigung der Familienglieder außerhalb der Familie im öffentlichen Leben, auch über den Beruf hinaus — in neuerer Zeit auch mehr und mehr der weiblichen Angehörigen, die früher sich ausschließlich innerhalb der Familie betätigten —, weiterhin die größere Empfindlichkeit des Publikums gegen störende Krankheitserscheinungen, die gedrängten



Wohnungsverhältnisse insbesondere in den Städten, alle diese Momente und andere mehr bringen es mit sich, daß unseren Irrenanstalten immer mehr Pfleglinge zur intermittierenden, längerdauernden oder lebenslänglichen Versorgung zuwachsen. Auch Entlassene kommen aus denselben Gründen häufiger als früher immer wieder in die schützende Obhut unserer Anstalten zurück. Dadurch wird auch bedingt, daß unsere Fürsorge nicht nur das leibliche und geistige Wohl des Kranken in der Anstalt und seine gesundheitgemäße Lebensführung in sich begreift, sondern daß sie auch seine Beziehungen zur Außenwelt, zur Familie, aber auch die Gesamtheit seiner Angelegenheiten, seine Vermögensverwaltung und zivilrechtlichen Beziehungen, kurz den „Schutz von Person und Eigentum" umfaßt. Wir Irrenärzte werden so zu den Fürsorgern für die Kranken in und außerhalb der Anstalten, unsere Krankenhäuser zu Fürsorgeanstalten in persönlicher, ärztlicher, juridischer, sozialer und wirtschaftlicher Beziehung.

Diese allmählich um sich greifende Wandlung können wir als keinen Nachteil und für keine Degradation für uns und unsere Institutionen ansehen; das Amt, das wir damit bekommen, ist ein schönes, über das rein ärztliche Gebiet hinausgehendes, weit vielseitigeres. Und die angedeutete Entwicklung muß als eine notwendige innerhalb der Gesamtentwicklung unseres Kulturlebens betrachtet werden.

* * *

Wenn wir nun zum Schlusse auf den Anfang zurückgreifen, um der Persönlichkeit *Heinrich Schüles*, unseres Jubilars, nochmals zu gedenken, so läßt sich auf Grund der gepflogenen historischen Darstellung feststellen, daß sich in seiner bisherigen Lebenszeit — 1840 bis 1913 — und besonders während seines 50 jährigen beruflichen Wirkens die ganze Fülle der psychiatrischen Entwicklung, sowohl der Wissenschaft der Irrenheilkunde als auch ihrer praktischen Anwendung, des Anstaltswesens, von den bescheidensten Anfängen bis zu dem heutigen Höhenstand abgespielt hat. Zur Zeit seiner Geburt war auch die Geburtstunde der ersten vollkommenen Form der Irrenheilstätte, nämlich der relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt; die Zeit seines Eintritts in die Psychiatrie — 1863 — war zugleich die Blütezeit der Anstalt, der er fortan Herz und Kraft widmete.

Roller, sein Lehrer und Freund, stand im Zenit seines Ruhmes; es war ein Knospen und Treiben und Blühen im ganzen Reiche unserer Wissenschaft, das tausendfältige Früchte ahnen ließ. Die Zeit vor *Rollers* Tod (1878) war die bedeutungvolle Phase des Aufstrebens der Irrenkliniken; sie brachte unseren Jubilar in Gegensatz zu seinem verehrten Direktor, der aus gewichtigen Gründen der Einführung der Irrenkliniken entgegen war. *Schüle* setzte die Irrenkliniken durch und war mit der Bearbeitung des Bauprogramms betraut; noch heute versichern unsere Kliniker, daß sie eine neue Anlage nicht viel anders und besser auszuführen wüßten. Ebenso war *Schüle* später beim Bauprojekte der ersten modernen badischen Irrenanstalt Emmendingen intensiv beteiligt. Im Jahre 1890, nach dem Tode seines verehrten Freundes *Hergt*, des ersten Nachfolgers *Rollers*, selbst Direktor geworden, leitete er sowohl die baulichen Reformen Illenaus ein und führte sie durch als auch war er eng verbunden mit der weiteren Ausgestaltung des badischen Irrenwesens und nahm lebhaften Anteil an den Beratungen für die neuen Heil- und Pflegeanstalten Wiesloch, Konstanz und Rastatt, die in rascher Folge zur Ausführung kommen sollten. Aus diesen wenigen Daten geht hervor, wie außerordentlich reich das Wirken des Jubilars auf dem Gebiete der praktischen Anstaltsfürsorge war. Wie aber jedermann weiß, haben wir damit noch nicht einmal die hauptsächlichsten Seiten seiner Persönlichkeit und seines Lebenswerkes gestreift, sein bedeutungvolles, nie aussetzendes wissenschaftliches Wirken und seine unermüdliche, liebevolle ärztliche Tätigkeit an den Lebenden durch 50 lange, arbeitsreiche Jahre hindurch.

Möge *Heinrich Schüle* noch lange darin erhalten werden sowohl den Kranken ein Trost als uns, seinen Berufsgenossen, ein Vorbild!

Gerade aber von ihm, dem Jubilar, werden wir nicht am wenigsten lernen können und dürfen es, soviel neue Anstalten und in welchen Systemen immer wir auch bauen werden, beherzigen, daß es nicht so sehr auf den baulichen Zustand einer Anstalt, auf die größere oder geringere Vollkommenheit ihrer Einrichtungen, so hilfreich diese auch sind, ankommt als auf den inneren lebendigen Geist, der das Ganze durchdringt. Er kann in einer alten Anstalt nach altem System über alles Lob erhaben und in einer neuen mit den modernsten Einrichtungen und Baulichkeiten ein weniger guter sein; ebenso kann er in einer



großen Anstalt geordnete Verhältnisse in jeder Beziehung bewirken, in einer kleinen kann das Gegenteil vorherrschen.

Diesen humanen ärztlichen Geist, der gerade bei der zuletzt angedeuteten Umwandlung unserer Anstalten zu vielseitigen Fürsorgeinstitutionen um so wichtiger ist, können wir aber wohl nicht besser charakterisieren als mit einigen Worten unseres Jubilars selbst. Als Inschrift über jede Heilanstalt setzt er: „Eines schickt sich nicht für alle.“ Ferner: „Nicht kranke Gehirne sind zu behandeln, sondern kranke Personen.“ „Keine Vielgeschäftigkeit, aber Stetigkeit; Stetigkeit sei aber keine Starrheit“ neben *Rollers*: „Nicht Kunst und Wissenschaft allein — Geduld will bei dem Werke sein.“ *Schüle*: „Ruhe dem erkrankten Gehirn, geistig und körperlich, Abhaltung aller schädlichen Einflüsse, Hinwegräumung aller Reize, sowie aller erschöpfenden Einwirkungen.“ „Der Kranke werde in seiner ganzen Person erfaßt und aus seinem kranken Irrgange heraus in eine neue Wirklichkeit, sachte und individuell ihm angepaßt, eingeführt!“ Als Ergänzung zum *Roller*schen Merkspruche: „Was an den Unheilbaren geschieht, um das tiefere Sinken zu verhüten, ist nicht minder ein Heilen als dasjenige, was bei den Heilbaren die Genesung zur Folge hat“ gelte das *Schüle*sche nicht minder bedeutsame Wort: „Für die geistigen Invaliden gilt es eine eigene ihnen passende Welt zu schaffen mit Wahrung der Persönlichkeit und unter Einfügung aller in einen vernünftig arbeitenden Organismus.“

Zur Frage der Basedowpsychosen.

Von Dr. **Ernst Colla** in Bethel (Morija),

Arzt in Illenau 1891—93.

Die Beziehungen des Basedowschen Krankheit zu Geistes-
törungen sind in den letzten Jahren Gegenstand eifriger Erörterungen
ewesen. Im allgemeinen hat sich hier eine Wandlung der Anschauungen
'ollzogen, die dadurch am besten gekennzeichnet wird, daß *Kraepelin*
n der neuesten Auflage seiner Psychiatrie den Geisteskrankheiten
)ei Basedow ein besonderes Kapitel widmet.

Wir wissen seit langem, daß das seelische Verhalten der Basedow-
ranken gewisse Abweichungen vom früheren zeigt, und zwar be-
regen sich diese vornehmlich auf dem Gebiete der Affektivität. Reiz-
)arkeit, Hastigkeit, Unruhe, rascher Stimmungswechsel, auch wohl
uphorische Erregung machen sich bemerkbar. *Stern*[1]) kennzeichnet
eine Basedowoidkranken als hypochondrisch-verstimmte, egoistische
Menschen, die echten Basedowpatienten als erregte, geschwätzige,
sprunghafte, zur Erotik neigende Naturen. *Léopold-Lévi* und *de Roth-
child*[2]) nennen die Schilddrüse die „glande de l'émotion" und sprechen
von einem hyperthyreoiden Temperament. Sie verstehen darunter
inen angeblich auch durch die Körperkonstitution wohl gekenn-
eichneten Typus unsteter, sanguinischer, psychomotorisch leicht
insprechbarer Menschen. *v. Frankl-Hochwart*[3]) stellt dem hyper-
hyreoiden Typus den myxödematösen mit seiner Stumpfheit gegen-

---

[1]) *R. Stern*, Jahrbuch für Psychiatrie 1909, Bd. 29, Nr. 2—3.

[2]) *Léopold-Lévi* et *H. de Rothschild*, Maladie de Basedow, nervosisme
yperthyroïde. Comptes rend. de la Soc. de Biol. T. 62, Nr. 20, und
Études sur la physio-pathologie du corps thyroide et de l'hypophyse 1908.
Paris. Ferner Les syndroms psychonerveux thyroidiens. Rev. neurol.
1908, p. 861.

[3]) Prof. Dr. *L. v. Frankl-Hochwart*, Über den Einfluß der inneren
Sekretion auf die Psyche. Med. Klinik 1912, Nr. 48.

über, der nach *Charcot* dem Winterschlaf der Tiere ähnele. Er spricht auch von einer „Hypophysär-Stimmung“ (Indolenz, Euphorie trotz schweren Leidens) und weist auf die geistige Frühentwicklung bei Erkrankung der Zirbeldrüse hin.

Die Beeinflussung des seelischen Lebens durch die innere Sekretion dürfte heute nicht mehr geleugnet werden können [1]). *Walter* [2]) nennt die Sekrete der Schilddrüse, der Epithelkörper, der Hypophyse und des chromaffinen Systems „physiologische Gifte“ des Nervensystems, ohne die diesem eine normale Funktion nicht möglich ist. Seine Versuche über den Einfluß des Schilddrüsensekretes auf die Regeneration der Nerven geben uns vielleicht einen Fingerzeig für die materielle Deutung des Zusammenhanges von Basedow und Psyche. Dabei mag dahingestellt bleiben, ob es sich hier nur um den Einfluß vermehrter Sekretion (*Léopold-Lévy* und *de Rothschild* u. a.) oder, was wahrscheinlicher ist, auch um Dysthyreoidie, um „sehr komplizierte Funktionsstörungen der Schilddrüse“ (*Kocher* [3])), um mangelhafte Jodothyrinaufspeicherung und freie Jodwirkung (*Klose* [4])), um Störung der Oxydation und des Abbaues infolge einer Änderung der durch die Schilddrüse beeinflußten Adrenalinsekretion (*Gottlieb* [5])), oder ob es sich schließlich auch noch darum handelt, daß die den Druck regulierende Tätigkeit der Thyreoidea, die wieder von der Hypophyse abhängt, beeinträchtigt ist (*v. Cyon* [6])).

Allan Star [7]) meint, daß Störungen der inneren Sekretion nicht zum ausgeprägten körperlichen Krankheitsbilde zu führen brauchen,

---

[1]) *A. Münzer*, Über die Einwirkung der Blutdrüsen auf den Ablauf der psychischen Funktionen. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 13.

[2]) *F. K. Walter*, Über die Bedeutung der Schilddrüse für das Nervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie Bd. 4, H. 1.

[3]) *A. Kocher*, Die histologische und chemische Veränderung der Schilddrüse bei Morbus Basedowii und ihre Beziehungen zur Funktion der Drüse. Virch. Arch. 1912, S. 108.

[4]) *H. Klose*, Experimentelle Untersuchungen über die Basedowsche Krankheit. Arch. f. klin. Chir. 1911, S. 95.

[5]) *Gottlieb*, Experimentelles zur Theorie des Morbus Basedowii. Verh. d. Ges. D. Naturforscher u. Ärzte, Karlsruhe 1911.

[6]) *v. Cyon*, Die Blutgefäßdrüsen als regulatorische Schutzorgane des Zentralnervensystems, 1910 (nach *Walter* a. a. O.).

[7]) *W. Allan Star*, Neuroses dependent upon errors of internal secretion of the ductless glands. Medical Rec. 1912, VI, 29.



ıd daß doch Neurosen dadurch entstehen können, d. h. auf den asedow übertragen, daß es Basedowneurosen ohne sichtbare Basedow-mptome gibt. Man hat ja tatsächlich Gelegenheit, Fälle zu beob-hten, wo Exophthalmus und Struma fehlen und die Herzerscheinungen cht von denen der „Herzneurasthenie“ differieren, wo aber doch wisse Zeichen wie Verfärbungen der Haut, Schweiße und die Gemüts-regbarkeit sowie starke Abmagerung immer wieder dazu veranlassen, i diesen „Neurasthenien“ an Basedowsche Krankheit zu denken. ı einem solchen von mir beobachteten Falle bestand eine gewisse amilienanlage für Basedow, in einem anderen konnte ich bei längerer eobachtung eine Vergrößerung der Thyreoidea nachweisen. Bei eiden Patientinnen besserte sich der Zustand erheblich unter Gebrauch on Rodagen und Ruhe.

Was die Psychosen betrifft, so spricht sich *Homburger*[1]) noch 899 dahin aus, daß sich die Verbindung von Basedow und Geistes-örung auf dem gemeinsamen Boden der angeborenen oder erworbenen europsychopathischen Anlage als zufällige Koinzidenz ergibt.

Der Verfasser hat in seiner sehr sorgsamen Dissertation viel aterial zusammengetragen und kommt zu dem Schlusse, daß als iologisches Moment für die Psychosen hereditäre Belastung und dividuelle Veranlagung anzusehen sind. Die „Disposition“ gilt uns ɔer heute nur als der Boden, auf dem das zu suchende ätiologische oment Wirkung entfalten kann. *Homburger* erkennt selbst heute ı, wie ich einem Schreiben von ihm an mich entnehmen darf, daß „echte thyreotoxische Zustände gibt, die von gegenstandloser nruhe bis zu schweren toxischen Delirien die mannigfaltigsten Ab-ufungen zeigen können“. Auch glaubt er, daß es Basedowfälle gibt, i denen eine degenerative Anlage vorher latent war, also durch die rankheit geweckt wird. Die manischen und depressiven Verstim-ungen leichter Art bei Basedow rechnet er aber zum echten manisch-pressiven Irresein. Bei den sechs Fällen von Epilepsie, die er in iner Dissertation bringt, betont er selbst die Beeinflussung der yche durch den Basedow. Auch sonst finde ich noch einige unter inen Fällen, die mir für einen inneren Zusammenhang von Psychose

---

[1]) *August Homburger*, Über die Beziehungen des Morbus Basedowii Psychosen und Psychoneurosen. I.-Diss. Straßburg 1899.



und Basedow zu sprechen scheinen. Auch bei *Gause* [1]), der in seiner Dissertation wohl die Anschauungen der Marburger Klinik niedergelegt hat und sich ebenfalls für zufälliges Zusammentreffen der Krankheiten auf dem Boden der Veranlagung ausspricht, scheinen einige Fälle mir eher auf ätiologischen Zusammenhang nicht im Sinne der Koordination, sondern der Subordination zu deuten. Ich komme auf alle diese Fälle noch zurück.

Heute vertritt den Standpunkt, daß die Psychosen „weder mit dem Basedow noch mit der Schilddrüse" etwas zu tun haben, unter anderen besonders *Chvostek* [2]).

Demgegenüber ist *Parhon* [3]) entschieden der Ansicht, daß die Basedowsche Krankheit die Ursache der gleichzeitig beobachteten Psychose ist. Er stellt 86 Fälle zusammen, wovon 67 „Affektpsychosen" sind (manisch-depressives Irresein und „psychasthenische" Zustände). Auch *Laignel-Lavartine* [4]) und *Gilmour* [5]) erkennen diesen Zusammenhang an. Von entscheidender Bedeutung für die Beantwortung dieser Frage müssen solche Beobachtungen sein, wo ein deutlicher Parallelismus zwischen Basedow und Geistesstörung besteht, wo mit der Verschlimmerung des körperlichen Leidens die Psychose wächst und durch Heilung des Basedow diese verschwindet. Solcher Fälle ist eine ganze Reihe veröffentlicht worden.

So berichtet *Delmas* [6]) von einer Frau, bei der anfallweise eine Geistesstörung auftrat, die mit Fieber, Krämpfen, traumhaftem Zustand, Halluzinationen und im höchsten Stadium mit Verwirrtheit verlief. Durch

---

[1]) *Karl Gause*, Über die Psychosen bei Morbus Basedowii. I.-Diss. Marburg 1902.

[2]) *F. Chvostek*, Diagnose und Therapie des Morbus Basedowii. Med. klin. Wschr. 1910, Nr. 6. Rf. Jahresb. über die Leist. der Neurol. usw., Bd. 14.

[3]) *C. Parhon*, Untersuchungen über die Drüsen mit innerer Sekretion und ihre Beziehungen zu den Geisteskrankheiten. Bukarest 1911. Rf. Neurol. Zentr. 1913, Nr. 3.

[4]) *Laignel-Lavartine*, Les troubles psychiques dans les syndromes thyroïdiens. Nouv. Icon. de La Salpétr. 1908, III.

[5]) *John R. Gilmour*, The Mental Symptoms in Cases of Exophthalmic Goitre and their Treatment. The Journ. of Ment. Sc. XV, p. 668.

[6]) *M. Delmas*, Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophthalmique. Hémithyréoidectomie. Guérison des troubles mentaux. L'Encéphale 1910, 5. fév.



btragung des einen Drüsenlappens wurde der Basedow geheilt, worauf ach drei Monaten auch die Psychose aufhörte. *Horand*, *Puillet* und *lorel* [1]) beschreiben einen ähnlichen Fall: unter raschem Anwachsen nd Entartung eines Kropfes bildeten sich Grübelsucht, Halluzinieren, ämonomanie und Andeutungen von Größenwahn aus. Nach Abtragung es Kropfes heilte die Psychose in wenigen Tagen. *Alt* [2]) machte 1908 uf einen Fall von agitierter Melancholie aufmerksam, der sich besserte nd zur Heilung kam parallel mit der Besserung des gleichzeitigen Morbus lasedowii. *Kopystinsky* [3]) konnte in einem Falle von manisch-depressivem rresein durch Antithyreoidinbehandlung wenigstens Besserung erzielen.

Wir verfügen auch über eine Reihe von Versuchen an Menschen, lie freilich unfreiwillig und unbeabsichtigt waren.

Ich konnte eine Dame beobachten, die nach einigen Tagen großer notorischer Unruhe plötzlich tonisch-klonische Zuckungen bekam und lann in eine delirante Aufregung verfiel, die etwa 8 Stunden dauerte, worauf ein mehrwöchiger Zustand ängstlicher Erregung sich anschloß. Nach Angabe des behandelnden Arztes war die Patientin zwar etwas psychopathisch belastet, aber bisher stets gesund gewesen; seit drei Vierteljahren nahm sie auf ärztliche Verordnung Schilddrüsenpräparate, um schlank zu werden. Bei Ausbruch der Krankheit hörte das begreiflicherweise auf. Als sie später wieder damit anfing, stellten sich bei ihr schnell Palpitationen und ängstliche Unruhe ein, was ihren Arzt auf die Möglichkeit eines Zusammenhanges von diesen Präparaten mit der akuten Psychose hinwies. Es genügte das Aussetzen des Mittels, um alle Störungen zu beseitigen. *Roque* [4]) berichtet von einer Tänzerin, die 98 Thyreoidintabletten genommen hatte und ein Delirium bekam. Zwei weitere Fälle bringen *Parhon* und *Marbe* [5]) bei. Auch hier verschwanden die psychischen Störungen nach dem Aussetzen der Schilddrüsenpräparate.

Ich bin in der Lage, über zwei Krankheitsfälle berichten zu können, die zu der uns beschäftigenden Frage einen Beitrag liefern. Dabei

---

[1]) *R. Horand*, *P. Puillet* et *L. Morel*, Troubles délirants d'origine thyroidienne chez un prédisposé. Opération. Guérison. Gaz. des hôpit. 1912, n. 126.

[2]) *Alt*, Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt. Jahresvers. d. D. Vereins f. Psych. 1908. S. diese Ztschr., Bd. 65, S. 495.

[3]) *E. Kopystinsky*, Psychose bei Basedowscher Krankheit mit Antithyreoidinbehandlung. Revue f. Psych., Neurol. u. exper. Psychol. 1911, XVI.

[4]) *G. Roque*, Les troubles psychiques d'origine thyroidienne. Progrès medic. 1912, Nr. 29.

[5]) *C. Parhon* et *S. Marbe*, Contribution à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow. L'Encéphale 1906, I.



muß ich bemerken, daß ich den zuerst zu schildernden nicht aus eigener Beobachtung kenne, sondern bei der Durchsicht weggelegter Krankengeschichten aufgefunden habe. Es ist mir aber möglich gewesen, den noch hier befindlichen, genesenen Patienten zu untersuchen und genaue katamnestische Feststellungen zu machen.

Fall I. Kaufmann, geboren 1875. Mutter litt, als sie mit Pat. gravid war, an psychischer Depression, starb an Unterleibsschwindsucht. Ein Bruder nervös, zwei Schwestern gestorben an Bauchfelltuberkulose. Pat. ist mit 6 Jahren beim Stelzenlaufen auf den Kopf gefallen. Seitdem, nach Angabe der Angehörigen, in seinem Wesen verändert, rechthaberisch, unverträglich, selbstbewußt; lernte schwer. Vater heiratete wieder. Scharfer Gegensatz zur Stiefmutter und zum Vater, den er schon vorher haßte. Die ältere Schwester „sein Abgott"; ihr Tod erschütterte ihn „fürs Leben". Im 14. Jahre bemerkte man eine Vergrößerung der Schilddrüse, wogegen ab und zu Jod gegeben wurde. Schulbesuch bis zum 15. Jahre, dann Kaufmann. Mit 19 Jahren Lungenblutung. Im 24. Jahre verlobte sich Pat. mit einem ungebildeten Fabrikmädchen, hob aber die Verlobung nach kurzer Zeit ohne Angabe der Gründe auf; der Braut schrieb er unzarte Briefe. Infolge von Vorstellungen des Vaters dieserhalb verhielt er sich gegen seine ganze Familie ablehnend. Kündigte seine gute Stelle, ohne eine andere zu haben. Ging zu Verwandten in der Schweiz und quartierte sich bei ihnen ein, obwohl er sie früher nie gesehen hatte. Sein Vater erfuhr erst zufällig davon und forderte ihn vergeblich auf, nach Hause zu kommen. Nach einiger Zeit kam er zu Fuß völlig mittellos zu Hause (am Bodensee) an. Er gab an, die Tochter des Hauses habe ihn heiraten wollen, deswegen sei er fortgegangen. In seinen Stellungen sei er stets überanstrengt worden, er allein hätte seine Pflicht getan, die anderen hätten gebummelt. (Alle Angaben unwahr.) Nach einiger Zeit wurde Pat. zu Hause zutraulich und freundlich, doch konnte er kurz hintereinander dem Vater seine Liebe beteuern und ihm die abscheulichsten Dinge sagen. Dann neue Stellung in der Schweiz. Hier wieder ohne Wissen der Angehörigen Verlobung und bald darauf ohne erkennbaren Grund Lösung des Verlöbnisses. Ohne sichtbaren Anlaß kündigte er auch seine Stelle. Aus einer zweiten wegen Nachlässigkeit entlassen, gab er an, der Chef sei ein Scheusal, die Zustände bei ihm wären unhaltbar. Kam wieder mittellos zu Fuß nach Hause. Machte dem Vater Vorwürfe wegen seiner falschen Erziehung. Aus einer neuen Stellung, wo er sich sehr befriedigt fühlte, verschwand er plötzlich spurlos. Kam am Genfer See bei einer Dame wieder zum Vorschein. Auf „inneren Befehl", so deutlich, als ob jemand neben ihm gewesen wäre, sei er fortgelaufen und vier Tage und Nächte gewandert. Bisweilen habe er das Gefühl, sich gegen böse Gesellen, die um ihn seien, wehren zu müssen. Zurückgekehrt, war er grob und drohend gegen den Vater, so daß dieser die Polizei anrufen wollte, worauf



Pat. ruhiger wurde. Lebte 14 Monate zu Hause. Verhältnis zum Vater, der ihn nie lieb gehabt hätte, immer schlechter. In Zwischenräumen von 6 bis 8 Wochen sehr erregt, schimpfte auf seine früheren Prinzipale, die ihn kniefällig um Verzeihung bitten müßten, klagte über „Untreue" seiner zweiten Braut, die einen anderen geheiratet hätte (nachdem er sie verlassen). Manchmal sprach er von einer Mission, die er zu erfüllen habe, er müsse der Welt Gerechtigkeit bringen. Keine geregelte Tätigkeit. Meist grübelnd, zuweilen heiter und freundlich zum Vater. Nach heftigen Szenen verließ er das Haus mit seinem Gepäck und kehrte nach 2 bis 3 Tagen zurück, als ob nichts vorgefallen sei. Bedrohte einmal den Vater ernstlich, „der Welt geschehe ein Gefallen, wenn er ihn umbrächte". Selbstmordgedanken. Er müsse die Welt über die Schuftigkeit des Vaters aufklären oder sterben. Auf die Frage, warum er bei seinem Hasse gegen den Vater nicht das Haus für immer verlassen und sich eine Existenz gegründet habe, erwiderte er, das könne niemand verstehen, der nicht das erduldet habe, was er habe tragen müssen.

Am 22. Juni 1908 Aufnahme in Morija. Sehr erregt, protestiert, er sei gesund, nur eine Intrigue seines Vaters, der auch am Tode seiner Schwester schuld sei, habe ihn zum Verrückten gestempelt. Allmählich ruhiger, erklärte sich mit einer Beobachtung einverstanden. Große, hagere Gestalt. Brustkorb schmal, flach, eingesunkene Klavikulargruben. In den Lungenspitzen verschärftes Atmen und verlängertes Exspirium, keine Rasselgeräusche. Puls 106, Herzgrenzen n. l. verbreitert. Fibrilläres Zittern der Zunge. Epigastrischer Reflex fehlt, Patellarr. erhöht (links Klonus). Achillesklonus. Sohlenreflex links stärker. Starke Struma, Halsumfang 45 cm.

Aus der hiesigen Beobachtung interessiert folgendes:

25. Juni 1908. Nachts heftiger Angstzustand.

26. Juni 1908. Herzklopfen und Beklemmung. Sei nicht krank, wenn seine Handlungen auch manchmal sonderbar schienen. Manchmal sei ihm wie geistesabwesend, oft sei große Unruhe und Aufgeregtheit über ihn gekommen. Bisweilen müsse er wie mit Dämonen kämpfen; stundenlang schrie ihm solch Dämon zu: du bist verrückt, bis er ihn im Ringen überwunden habe.

27. Juni 1908. Besser. Ab und zu Herzklopfen. Meint aber, er habe die ersten Tage vom Arzte etwas im Essen erhalten, wodurch seine Erregung hervorgerufen sei.

30. Juni 1908. Vorschlag der Kropfoperation vom Pat. zurückgewiesen. Pat. beschuldigt seinen Vater, an allem Unglück schuld zu sein. Er sei ganz gesund. Als Kind habe er manchmal einen entsetzlich langen, mageren Geist mit schrecklichem Gesicht gesehen, wochenlang starrte dieser ihn an. Auch sonst, in späteren Jahren, habe er immer das Gefühl gehabt, daß Geister um ihn seien.



5. Juli 1908. Hat zweimal eigenartige Empfindungen im Kopfe gehabt: vom Hinterkopfe ziehende Schmerzen nach vorn zur Stirne. Danach angeblich völlig benommen.

7. Juli 1908. Erzählt, daß beim Tode seiner ältesten Schwester eine weibliche fremde Person durchs Zimmer gegangen sei, das sei seine verstorbene Mutter gewesen. Des weiteren zeigten sich abwechselnd, aber ohne Regelmäßigkeit, Gedrücktheit, Angst, Kopfkongestion, Unruhe, Reizbarkeit. Pat. schrieb zwischendurch eine vollständige Theorie seiner Geistererscheinungen nieder sowie seine Lebensbeschreibung, in der richtiges Urteil neben absurden Ideen auffällt. Darin tritt auch wieder die furchtbare Erbitterung hervor gegen den Vater, den systematischen Schuft, der stets in frommen Kreisen verkehre und christliche Bücher schreibe. Ergeht sich in religiös-philosophischen Betrachtungen: „Ich halte dafür, daß der Geist zwar höher ist als der Leib, aber auch niederer als unsere Seele, die unser innerstes Leben, unser Wille ist".

30. Juli 1908. Gereizt, aufgeregt, spricht wieder von Geistern, die ihn erregen.

2. August 1908. Hat sich beruhigt, aber ohne Einsicht. Sein Vater habe die Schwester angestiftet, ihn hierher zu bringen, der Bruder müsse die Pension bezahlen, der Vater selbst lache sich ins Fäustchen.

3. August 1908. Nennt seinen Vater scheinheilig und geistig scheinend. „Der Vorwurf des Scheingeistes einem solchen Manne gegenüber gemacht von mir, dem Jüngling ohne Namen, wird freilich bei solchen, die an derselben Krankheit leiden, Unmut erregen." Der Vater habe in ganzen 60 Jahren Schulbubenideen noch nicht verdauen können.

Der Zustand blieb im wesentlichen der gleiche mit dazwischen geschobenen Erregungszuständen und steter großer Reizbarkeit.

Am 11. Juni 1909 wurde dem Pat. der linke Schilddrüsenlappen in der chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses Sarepta entfernt. Nach drei Wochen ist notiert: sehr gutes Allgemeinbefinden, psychischer Zustand durch die Aussicht auf definitive Heilung recht günstig beeinflußt. Puls gewöhnlich ziemlich ruhig, gelegentlich aber noch bis 120. Herz nach links größer.

1. Dezember 1909. Fühlt sich sehr wohl. Wünscht beschäftigt zu werden. Herzdilatation zurückgegangen, aber immer noch vorhanden.

Pat. wurde dann in der Handelsabteilung, später in der Buchhandlung der Bethelanstalten beschäftigt und angestellt.

Ich habe ihn mehrfach untersucht und darüber folgendes notiert:

Pat. macht den Eindruck eines ruhigen, gesetzten Mannes mit gereifter Lebensanschauung. Er erzählt seine Lebensgeschichte ohne Affekt, hat völlige Krankheitseinsicht. Über sein jetziges Befinden gibt er an, er fühle sich seit der Operation ganz anders, körperlich, abgesehen von zeitweise noch auftretenden Herzzuständen, die wie „Konvulsionen" seien, ganz wohl. Sein Schlaf sei vorzüglich. Unvergleichlich sei das



Gefühl gewesen, als er einige Tage nach der Operation zum ersten Male ohne Mittel die ganze Nacht geschlafen habe. Was sein psychisches Verhalten beträfe, so könne er nicht leugnen, daß das „lebhafte Spiel der Gedanken“ nach der Operation eine Einbuße zeige. Die Auffassung sinnlicher Eindrücke sei lebhaft wie früher, sogar klarer, und Sinnestäuschungen seien nie wieder aufgetreten. Dagegen müsse er bei Auseinandersetzungen und beim Lesen länger nachdenken als vorher, um den Inhalt zu verstehen. Auch das Gedächtnis sei nicht so gut wie früher, aber nicht schlecht, früher sei es übernormal gewesen. Vor allem gewonnen habe er an Gleichmaß der Stimmung; Schwankungen wie früher kämen nicht mehr vor und überhaupt nicht so lebhafte Affekte. Früher habe er immer gefühlt, wie eine dämonische Stimmung mehr und mehr Gewalt über ihn bekam, bis es dann zu einer Katastrophe führte. Dann brach er entweder sinnlos alle Brücken hinter sich ab (Verlassen der Stellung, Aufhebung der Verlobung), oder er explodierte in maßlosen Affekten, namentlich gegen seinen Vater. Einige Male habe sich diese Gemütsspannung in einem unwiderstehlichem Drange fortzulaufen entladen, er fühlte sich wie von einem Dämon getrieben, habe auch nicht alles in der Erinnerung von diesen Wanderungen. Ziellos sei er fortgegangen und sei doch immer an einem Ziele angekommen, das er unbewußt vor Augen gehabt haben müsse; denn es entsprach einem Zwecke. Alles das sei jetzt vorüber, er habe andauernde Befriedigung an der Arbeit, und wenn seine Lage hoffentlich auch noch besser werden werde, so sei er doch sehr glücklich, daß die Zeiten, wo er von seinen Affekten hin- und hergeworfen wurde, vorbei seien. Über sein Verhältnis zu seinem Vater spricht er ruhig; er hebt die Verschiedenheit der Lebensanschauungen hervor und läßt dem Vater in der Würdigung seiner Persönlichkeit volle Gerechtigkeit wiederfahren. Die genauere Prüfung seiner Intelligenz zeigt keine Ausfälle; Gedächtnis, Kenntnisse, Rechnen sind gut, Aufmerksamkeit nicht gestört. Pat. hat ein klares und verständiges Urteil über sich und seine Umgebung, über allerlei Fragen allgemeiner Art. Sein Interessenkreis ist ziemlich groß. Alle Antworten erfolgen ruhig, manchmal auffallend langsam. Abnorme Ablenkbarkeit oder Haften nicht bemerkbar. Stimmung zufrieden; äußeres Benehmen ohne Tadel. Die körperliche Untersuchung ergibt: normaler Schädelbau und Augenbefund, abstehende Ohren, Gaumen schmal und hoch. Am Halse links Operationsnarbe. Schilddrüse rechts als etwa zitronengroßer, ziemlich fester Tumor fühlbar. Schlüsselbeingruben vertieft, in der oberen linken kaum hörbares Atmen. Herztöne rein, Grenzen normal. Puls 85, nach fünf Kniebeugungen im Sekundentempo 112, bald auf 85 zurück, etwas hart, mittelgroß. Knie- und Achillesreflex erhöht, Bauchdeckenreflex sehr schwach. Pat. klagt über starke Schweißsekretion mit intensivem Geruch.

Wir haben es also hier mit einem erblich belasteten und durch Tuberkulose der Mutter offenbar phthisisch veranlagten Kranken zu



tun, dessen Phychopathie angeblich durch ein Kopftrauma ausgelöst wird. Das Krankheitsbild entspricht im ganzen dem Bilde der Basedowpsychose, wie sie *Kraepelin* schildert: starker Stimmungswechsel, vorschnelles Handeln und ungerechtes Urteil, flüchtige Wahnbildungen, vorübergehend Halluzinationen, Mißtrauen, grundlose Abneigungen, Eifersuchtsideen, Beziehungswahn. Allerdings war Krankheitseinsicht nicht vorhanden, wie ja das geschilderte Bild restlos in dem *Kraepelin*schen nicht aufgeht. Interessant ist die Stellung zum Vater und zu der verstorbenen Schwester, auf die er die Liebe zur Mutter überträgt (Ödipuskomplex im Sinne *Freuds*) und noch interessanter vielleicht die Lösung auch dieses Symptoms durch die Operation bis auf einen logisch begründeten und bewußten inneren Gegensatz gegen den Vater.

Ob das Trauma durch eine Läsion noch unbekannter Zentren den Anlaß zu einer Dysfunktion der Schilddrüse gegeben hat, und die Struma sich in der Folge davon gebildet hat, und andere Fragen liegen zu sehr auf dem Gebiete der Spekulation, als daß sie erörtert werden können. Zwanglos dagegen erscheint die Annahme, daß das Schädeltrauma die psychopathische Anlage hat manifest werden lassen und die Schilddrüsenerkrankung dem weiteren Verlaufe des Falles das besondere Gepräge gegeben hat. Bemerkenswert ist, daß der Patient auch heute keineswegs als vollwertige Persönlichkeit angesehen werden kann, sondern immerhin „eigenartig" ist.

Fall II. Kunstmaler, geboren 1883. Vatersbruder Sonderling und wiederholt geisteskrank. Pat. jüngstes von neun Kindern, „Spätling". Normale Entwicklung in der Kindheit und Pubertät. Gute Anlagen, eifriges Streben. Gymnasium, Maturitätsprüfung. Neigung zum Kaufmannsberuf; studierte aber dann zwei Semester Jura, darauf Medizin, Vorprüfung mit „gut". Plötzlich Abneigung gegen Studium, wollte Maler werden. Talent zum Zeichnen schon früh in der Kindheit vorhanden. Auch als Maler unstet, wechselte häufig die Schulen. Winter 1908 trotz körperlichen Wohlbefindens plötzlich starke Begeisterung für Naturheilmethode. Ging nach „Jungborn", kam körperlich herunter bei rein vegetarischer Kost, lebte eine Zeit nur von Obst. Vernachlässigte sein Studium; befragt, warum er keine Bilder male, sagte er, er male sie alle erst im Kopfe. Schrieb an die Eltern ganz unverständliche Briefe, fiel seinen Freunden auf, die ihn den Eltern gegenüber als geisteskrank bezeichneten. Wurde halluzinierend (Gehör) zu seinen Eltern gebracht. Besserung durch gute Pflege. Mietete in seiner Vaterstadt A. ein Atelier,

alte aber nicht. August 1909 Alpentour, kam verworren zurück. . August ins Städtische Krankenhaus zu A., sehr laut, verkannte Personen, antwortete verkehrt in witzelnder Art, unverständliche, hochingende Redensarten, meist orientiert. Den passiv gehobenen Arm ß Pat. längere Zeit in dieser Stellung, stierte viel vor sich hin, verkroch :h unter den Stuhl, bellte wie ein Hund. Nach achttägigem Heißhunger ahrungsverweigerung, gewalttätig, zerstörungsüchtig. Auf Frage ich Grund: andere malen den Schmied von Kochel, er mache ihn nach. ı. August: Besserung, am 29. entlassen zu seiner Familie. Ganz ruhig, itmütig, freundlich. Mitte September wieder gesprächig, machte unassende Bemerkungen, antwortete verkehrt. Wurde wieder ins Krankenaus aufgenommen und am 25. September 1909 in die Heilanstalt Kaufeuren gebracht.

Bei der Aufnahme erregt. Redet vorbei (wie geht es Ihnen?). „Außerrdentlich mathematisch unterrichtet" usw. Singt, witzelt, verkennt ersonen, lächelt immer „blöde unsinnig". Große Ablenkbarkeit. Unvertändliche Ausdrücke: „So ein prätisches Damoklesschwert." „Sind ie ein Polykraterstift?" (Creta polycolor?) Am 4. Oktober ruhiger, eitschweifig, unzufrieden. Noch sehr gesprächig die nächste Woche. Läßt sich am 11. Oktober befehlsautomatisch die Zunge durchtechen. 18. Oktober 1909 entweicht Pat. nach Hause.

Hier wurde Pat. ganz ruhig. Ging dann nach München, um seine itudien fortzusetzen. Im März 1910 plötzliche Reise nach London unterommen. Vom Vater aus Würzburg, von wo er um Geld telegraphiert atte, zurückgeholt. Zu Hause kurze Erregung. Ging wieder nach München. Anfang April plötzlich sehr erregt, wird polizeilich in die psychiatrische ilinik zu München gebracht. Hier bot er das Bild manischer Erregung nit heiterer Stimmung. Am 3. Mai 1910 nach Kaufbeuren überführt, urde er am 10. Mai stärker erregt: Größenideen, mangelhafte Orientierteit. Gewalttätigkeit, Lärmen, Schmieren.

Am 1. Juni ruhiger, noch 17. Juni gereizt, einsichtslos. 25. Juni anz ruhig, einsichtig, 27. Juni entlassen.

Am 11. Oktober wurde er wieder im Zustande von Verwirrtheit ufgenommen. Anfangs schneller Wechsel von Hemmung mit Verwirrteit, manischer Erregung und leidlicher Ordnung. Ab und zu steht er egunglos, starrt vor sich hin. Vorbeireden. „Wiederholt katatonische ymptome beobachtet" (25. Juni). Schreibt konfusen Brief mit Worteubildungen und manierierter Schreibart („Lieber Papp — ah!" „Kauf — y — ron"; „verdient ich diese Liebe kau m denn au ch oh näh diese euen Be weise deines wohl Mai nenden Vaterunserwillens" usw. „Himmelslocht." „Aba (Abba — lieber Vater)."

Unter mannigfachen Schwankungen und andauernd kongestioniertem lussehen blieb das Bild der Erregung bestehen bis zum Januar 1911. Dann wurde er ruhig, explodierte aber sehr oft mit sonderbaren Hand-



lungen. Am 19. Januar wirft er sich vor dem Geistlichen mit erhobenen Händen auf die Knie, einige Stunden später sagt er: „mach daß du fortkommst; du stinkst“. Sein Benehmen ändert sich von einer Stunde auf die andere. 22. Januar schmierte sein Bett voll „wolle ein Mus einrühren“. Dann wieder stärkere Erregung mit Gewalttätigkeit. Am 14. Februar ruhig, scheinbare Amnesie für die Gewalttätigkeit. 26. Februar Überführung nach Bethel.

Bei der Aufnahme hier ganz ruhig. Entwickelt seine Ansichten über „physiologische Lebensweise“ und über Kunst, sowie über die „Auswicklung der Persönlichkeit“. Er wird auf dem Bauamte der Anstalt zeichnerisch beschäftigt. Seine Stimmung und seine Ansichten über seinen Aufenthalt hier wechseln beständig. Beschäftigt sich mit theosophischen Fragen. Allmählich zeigte er sich reizbarer, unzufrieden, nachlässig in der Arbeit, wollte wieder Medizin studieren. Im Juni wieder ruhig und fleißig. Am 5. Juli wurde er zur Vornahme einer kleinen Operation auf die chirurgische Abteilung des Diakonissenhauses verlegt, wo ein Lipom am Nabel entfernt wurde. Am 15. Juli nach dem Pensionat Eichhof in der Senne. Hier ganz geordnet, nur fallen seine Weitschweifigkeit und sein plötzliches längeres Stocken mitten in Gesprächen auf. Malte Porträts. Am 5. Oktober 1911 wurde er sehr erregt, sang und lärmte. Am 26. Oktober 1911 wird er nach Morija zurückverlegt, kommt erregt und etwas verwirrt an, uriniert ins Trinkgeschirr usw. 1. November 1911 ruhiger. Schreibt Brief mit manierierten Wortbildungen und Silbenabtrennungen (Datschi = Deutsche ist der Name für Augsburren. Datschi ist in Finnland Landhaus, Land hau's naus ven? Thu's Ganz hoam, âme ho Seele. Ibi'n arm. Seh'l. Wa? Rum! usw.). Am 15. November 1911 zwischendurch Weinen und Schluchzen. Außer kurzen Zeiten ruhigeren Verhaltens immer erregt, schimpft auf alles, fordert den Arzt auf Säbel und Pistolen. Am 22. Januar 1912 verübergehende depressive Phase, meint: „ich bin nicht krank, bin ein großer Sünder, vergeben Sie mir“. Zeitweise Halluzinationen. Auf der Höhe der Erregung gewalttätig und zerstörungsüchtig, schmiert. Seit ich den Pat. beobachte, hat er einige längere Remissionen gehabt, bis zu 13 Tagen. Auffallend ist in diesen ruhigen Zeiten auch ein weitschweifiges Drumherumreden um den Gegenstand mit plötzlichem langen Stocken und Hinstarren. Die Erregungszustände entwickeln sich immer sehr schnell und erreichen nach einigen Stunden erhöhter Geschwätzigkeit sofort ihre Höhe. Die Lösung vollzieht sich allmählich, oft durch eine Depression mit fasliger Geschwätzigkeit hindurch. Kurze Remissionen treten während der Erregung öfters auf. Äußere Anlässe beeinflussen den Ausbruch der Erregung oft, den Verlauf nicht. Der Schlaf kann auch in den erregten Zeiten manchmal ganz ruhig sein. Andeutungen von katatonischer Starre, Wahnideen und Halluzinationen wurden beobachtet.

Am 24. Januar 1913 bemerkte ich zuerst ein Zurückbleiben der



eren Augenlider, besonders des linken, beim Senken des Blickes. Ich
id die Schilddrüse deutlich vergrößert als weichen Tumor, rechts mehr
links. Halsumfang 41,5. (21 r. + 20,5 l.). Puls 82—84, etwas hart.
lbus nicht besonders gespannt. Gräfe sehr deutlich, leichtes Zittern
Hände, starke bräunliche Pigmentierung an der linken Hüfte und
n linken Gesäß. Pat. befand sich im Beginne einer kurzen depressiven
ase nach eben abgeklungener Erregung. Leider ließ seine Abneigung
gen jede Untersuchung erst am 31. Januar 1913 wieder eine genaue
ntrolle der Symptome zu. An diesem Tage ging die depressive Phase,
mit motorischer Unruhe, Geschwätzigkeit, Klangassoziationen ver-
nden war, in heitere Exaltation über. In dieser leichten Erregung
stattete Pat. eine genaue Untersuchung: Halsumfang 41,5. Gräfe
utlich. Zweiter Aortenton verstärkt, Herzgrenzen normal. Puls 84.
rn ohne besondere Bestandteile. Bereits am Abend des 31. Januar 1913
ir Pat. auf der Höhe der Erregung, schrie, sang, tobte. Am 4. Februar
der Exophthalmus sehr deutlich, besonders links. Beim Aufreißen
r Augen, was Pat. beim pathetischen Deklamieren regelmäßig tut,
ird die Sklera unterhalb des oberen Augenlides etwa 2 mm breit sichtbar.
alsumfang 43 cm (r. 22 + l. 21). Puls 86. Am 10. Februar 1913 läßt
it Eintritt der Beruhigung zunächst der Exophthalmus nach, am
. Februar 1913 hat der Hals den Umfang von 41 cm (21 + 20). Gräfe
ch bis 14. Februar nachweisbar. Vom 11. bis 14. Februar war Pat.
primiert, aber motorisch leicht erregt. In der neuen Erregung 17. bis
. Februar ließen sich die Basedowsymptome genau in derselben Weise
obachten; sie schwanden auch mit dem Abklingen der Erregung in
rselben Weise. Am 6. März begann eine neue Erregung mit Wieder-
iftreten der Basedowerscheinungen, die am 11. März parallel mit der
rregung zu schwinden begannen. Am 14. März bestand nur noch Gräfe.
iesmal kam Pat. bis zum 17. März nicht zur Ruhe, zeigte auch nicht
e gewöhnliche depressive Stimmung mit alberner Geschwätzigkeit,
ndern ein autistisches Verschlossensein, in dem er zahlreiche unsinnige
riefe schrieb (danket Gott, dem deutschen Reiseziel, Rom-Capri. Ziegen-
ck-Reise nach Rom = Geburt, die meine war ohne Entjungfrung dort
it Neufundländerinmutter, ich gesalbter Hund usw.). Aus diesem Zu-
and explodierte er noch zweimal in heftigen Affekten, bis er am 17. März
eundlich und ruhig wurde, aber noch faseliges Geschwätz produzierte.
n 17. März war Gräfe nicht mehr nachweisbar. Am 18. März ist Pat.
eder gereizt, verlangt aus dem „Saustall" fort; am 19. März ganz ruhig
id freundlich. Am 21. März Depression, weint über seine Schlechtigkeit.
s zum 25. März ruhig und freundlich, am 26. März geschwätzig, Gräfe-
hes Symptom deutlich, genauere Untersuchung nicht möglich. 27. März
arke heitere Erregung mit zeitweise auftretender Gereiztheit, Exoph-
almus, Zurückbleiben des oberen Augenlides sehr deutlich, Halsumfang
2,5, Puls 84.



Ich nehme an, daß die Erscheinungen des Exophthalmus und der an- und abschwellenden Struma in geringerem Maße schon längere Zeit bestehen. Daß sie nicht früher registriert sind, liegt offenbar an der Abneigung des Kranken gegen Untersuchungen. Versuche dazu lösten bei ihm früher stets Erregung aus. Es hat auch deshalb eine Untersuchung des Blutes, des Leitungswiderstandes der Haut u. a. noch nicht vorgenommen werden können. Der Puls wurde in ganz ruhigen Zeiten abnorm langsam (48—52) gefunden, so daß man, wenn man will, den Befund von 84 als eine relative Tachykardie ansehen kann. Vielleicht ist die Pigmentierung an der linken Hüfte mit den Basedowsymptomen in Zusammenhang zu bringen.

Eine innere Beziehung der Basedowsymptome zu den Erregungen dürfte bei dem Gange der Erscheinungen nicht zu leugnen sein.

Im Jahre 1894 veröffentlichte *Thoma* [1]) einen ähnlichen Fall, der auch mir aus meiner Illenauer Tätigkeit bekannt ist. Hier handelte es sich um eine Menstrualpsychose mit periodischer Struma und Exophthalmus. Die Basedowsymptome fielen mit Depressionen zusammen, während sie in den manischen Phasen schwanden. Interessant ist dabei der durchweg atonische Puls und die vorübergehende Aufhebung der Depression durch Digitalis. Wir denken dabei an die Beziehungen der Thyreoidea zur Adrenalinsekretion [2]) und an die Pulsverlangsamung in unserem Falle, ohne uns jedoch auf das Gebiet vager Hypothesen begeben zu wollen. Übrigens hat der Blutdruck in unserem Falle nur einmal im ruhigen Intervall gemessen werden können und normale Höhe (132 *Riva-Rocci*) gezeigt.

Auch ein von *Homburger* [3]) berichteter Fall zeigt mit dem stärkeren Hervortreten der Basedowsymptome das Abfallen psychischer Reizerscheinungen (Fall IV Neurasthenie und Entartungsirresein). Ebenso tritt in dem Falle von *Brandenburg* (*Gause* [3]), Fall 30) bei jedem Nachlassen einer Manie starker Exophthalmus, Herzklopfen und Struma auf. In dem von *Boedeker* (*Homburger* [3])) gingen Basedow und Psychose im Verlaufe parallel, und zwar besserten und verschlimmerten sie sich je nach Gunst und Ungunst der äußeren Verhältnisse. Schließlich

[1]) Dr. *Ernst Thoma*, Über einen Fall von Menstrualpsychose mit periodischer Struma und Exophthalmus. Diese Zeitschr. 1895, S. 590.

[2]) *Gottlieb*, a. a. O.

[3]) a. a. O.

ıt *Curschmann*[1]) einige Fälle von intermittierendem Basedow eröffentlicht, der als Begleiterscheinung bei tabischen Magenkrisen ıd bei Bronchialasthma auftrat, auf die nur nebenbei hingewiesen in möge.

Wenn wir unseren zweiten Fall unter eine bestimmte Krankheitsrm stellen wollen, so scheint mir eine hebephrenische Form der ementia praecox vorzuliegen, mit der sich ein manisch-depressives resein verbunden hat. Dieses selbst trägt soviel fremdartige Züge, aß man darin den Untergrund der Schizophrenie erkennt, für die ıch die ganze Entwicklung des Leidens spricht.

Krasser[2]) hat kürzlich den allerdings noch allzu theoretischen ersuch gemacht, das manisch-depressive Irresein als Folge einer ekretionsanomalie des chromaffinen Systems zu erklären. *Parhon*[3]) st wenigstens der Ansicht, daß die Basedowsche Krankheit bei der ntstehung des manisch-depressiven Irreseins eine große Rolle spiele, ınd *Laignel-Lavartine*[4]) und *Gilmour*[4]) neigen zu derselben Ansicht. 3ei der auffallenden Abhängigkeit der Affektivität von der inneren ekretion liegen solche Gedanken nahe, und Beobachtungen wie die on mir geschilderten sind geeignet, sie zu stützen. Unzweifelhaft rird eine weitere Erforschung der inneren Sekretion, wie sie beim Myxödem bereits zu überraschenden therapeutischen Erfolgen geführt ıat, unsere Kenntnisse und hoffentlich auch unsere Behandlung eim manisch-depressiven Irresein und vielleicht auch bei der Dementia raecox wesentlich fördern.

---

[1]) *H. Curschmann*, Über intermittierenden, symptomatischen Morbus Basedowii. Vortrag, gehalten auf der Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte Baden-Baden 1912.

[2]) *K. Krasser*, Ein Versuch, das manisch-depressive Irresein als Folgezustand einer Sekretionsneurose des chromaffinen Systems aufzufassen. Wien. klin. Rundsch. 1912, 26.

[3]) *C. Parhon*, Un cas de mélancholie avec hypertrophie thyrioidienne succédant à la ménopause. Rev. neurol. 1906, XIV, p. 640.

[4]) a. a. O.

Zur forensen Bedeutung der Chorea.

Von Dr. **Horstmann**-Stralsund,
Arzt in Illenau 1892—96.

Im folgenden bringe ich einen Fall von Chorea, der als Unfallsfolge aufzufassen ist und der meines Erachtens ein gewisses forenses Interesse dadurch beanspruchen darf, weil er einmal hinweist auf die bei der Chorea auftretenden Remissionen namentlich mit Zurücktreten der psychischen Erscheinungen, die dazu angetan sind, den Gutachter bei Stellung der Diagnose unsicher zu machen, weil er des weiteren die Schwierigkeiten einer Oberbegutachtung lediglich aus dem Aktenmateriale heraus nach erfolgtem Tode des zu Begutachtenden beleuchtet, weil er ferner für die Unzulänglichkeit der einmaligen Untersuchung in der Sprechstunde zur Feststellung eines psychischen Zustandes spricht, und weil er dartut, daß auch recht erfahrene Sachverständige in der Bewertung chronischer Psychoneurosen, namentlich in deren prognostischer Auslegung, in ihrem Urteil nicht unerheblich voneinander abweichen können.

Der Kutscher X fiel im Februar 1902 von einem mit Brettern beladenen Wagen, brach sich dabei eine Rippe und schlug mit dem Kopfe auf. Zur Bewußtlosigkeit war es nicht gekommen. Nach drei Wochen war er wieder völlig arbeitfähig und frei von allen Beschwerden. Im Oktober 1905 fiel X, im Alter von 48 Jahren, abermals von einem hoch mit Brettern beladenen Wagen auf die Chaussee und erlitt beim Aufschlagen mit dem Kopfe eine bis auf den Knochen gehende Wunde an der rechten Stirnseite, sowie kleinere Verletzungen an der Stirn und am Nasenrücken. Es traten sofort die Erscheinungen einer Gehirnerschütterung: Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, auf, welche mehrere Tage anhielten. Der praktische Arzt, der den X behandelte, stellte fest, daß die Narben, die von dem letzten Unfall herrührten, noch monatelang druckempfindlich waren, und daß X beim Niederbücken Kopfschmerzen empfand. X erhielt anfangs eine 10 prozentige Rente, die ihm aber entzogen wurde, als im September 1906 der Leiter der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses den X trotz der vorgebrachten subjektiven Beschwerden als völlig erwerbsfähig begutachtet hatte.



1907 merkte X, daß ihm das Sitzen auf dem Bocke durch ungewollte Bewegungen der Arme und Beine schwer wurde. Diese Bewegungen verstärkten sich bei seelischer Erregung. Zugleich merkte die Frau sowie die Firma, bei der X angestellt war, daß X interesseloser, reizbarer und so vergeßlich wurde, daß er die Aufträge, die ihm vom Geschäft erteilt wurden, nicht mehr behalten konnte. Die Sprache wurde schlechter, „er zerbricht sich fast die Zunge" heißt es, und am 1. September 1909 hat sich das Gesamtleiden so gesteigert, daß X als völlig arbeitsunfähig bezeichnet wird und Aufnahme im städtischen Krankenhause findet. Die verlangsamte unsichere Sprache, ungeordnete ausfahrende Bewegungen, Grimassieren waren dort beobachtete Krankheitszeichen, die zur Diagnose Chorea degenerativa führten. Vom 25. September bis 13. Dezember 1909 befindet sich X zur Begutachtung in der psychiatrischen Universitätsklinik. In einem eingehenden Gutachten wird hier die Diagnose chronische progressive Chorea in klinisch unanfechtbarer Weise begründet, der ursächliche Zusammenhang der Chorea mit dem zweiten Unfall — der erste Unfall ist ätiologisch ja ohne weiteres als belanglos zu erkennen —, den X im Oktober 1905 erlitt, als überaus wahrscheinlich bezeichnet, namentlich unter Hinweis auf die glaubwürdigen, überzeugenden Angaben der Arbeitgeber des X, welche beobachtet hatten, daß gerade seit dem Unfall das Gedächtnis des X abgenommen hatte, und daß die eigentümlichen unruhigen Bewegungen des X erst in der Zeit nach dem Unfall im Oktober 1905 aufgetreten sind. Der ursächliche Zusammenhang der Chorea mit dem Trauma mußte auch schon mangels aller Anhaltpunkte für andere ursächliche Momente angenommen werden. In der Klinik fiel eine ständige Muskelunruhe auf, die in der Erregung zunahm, im Schlafe schwand. Verschiedene Muskeln und Muskelgruppen befinden sich in andauernder zweckloser und regelloser Bewegung. Im Gesicht kommt es zu allerlei Verzerrungen, zu schnappenden Bewegungen. Patellarreflexe erhöht. Grobe Kraft herabgesetzt. Keine Zeichen überstandener Syphilis. Zeitlich und örtlich zwar orientiert, aber interesselos, ohne Verständnis für die Schwere seiner Erkrankung. Auffassung und Merkfähigkeit deutlich herabgesetzt. Keine Wahnideen und Sinnestäuschungen. Durch Bettruhe und ärztliche Behandlung wird in der Klinik deutliche Besserung erzielt, die aber nur als vorübergehend angesprochen wird.

Der Vater des X soll mit 45 Jahren an einer neuntägigen Nervenkrankheit zugrunde gegangen sein. Sonst war über erbliche Belastung nichts zu erfahren.

X wird als erwerbsunfähig bezeichnet.

Man wird sich den Ausführungen der Klinik nur anschließen können. Es gibt keine andere Krankheit, wobei sich, wie bei der Chorea, erst im höheren Lebensalter bei einem bis dahin gesunden Menschen allmählich ziellose und ungeordnete Bewegungen einstellen, die



in der Erregung zunehmen und im Schlafe schwinden, und mit deren Auftreten ein allmählich zunehmender Intelligenzverfall einhergeht.

In der Folge kommt es gelegentlich von Rentenfestsetzungen zu verschiedenen ärztlichen Begutachtungen, die Diagnose der progressiven Chorea wird von verschiedenen Sachverständigen angezweifelt, wodurch auch der bis dahin wahrscheinlich gemachte ursächliche Zusammenhang von Unfall und Nervenleiden wieder unsicher wird, und die ärztliche Beurteilung durch die einzelnen Gutachter sehr widerspruchsvoll erscheint.

Im Januar 1910 wird X von Dr. P., einem bekannten Forscher auf dem Gebiete der Unfallkrankheiten, begutachtet. Dieser Sachverständige tritt dem Gutachten der Klinik in allen Stücken bei und glaubt namentlich in der Gedächtnisschwäche des X vielmehr das einleitende Symptom einer Chorea und nicht die Wirkung des Unfalles erkennen zu müssen.

Im April 1910 kommt der behandelnde Arzt, der praktische Arzt Dr. G., zu Wort. Für ihn besteht kein Zweifel, daß es sich bei dem Leiden des X um eine progressive Chorea handelt, und daß diese Chorea mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall im Oktober 1905 zurückzuführen ist. Besonders ins Gewicht fällt, daß dieser Arzt den X in der Zeit vom März 1905 bis Oktober 1907 öfter zu sehen Gelegenheit hatte und dabei die von der Umgebung des X beobachtete Wesensänderung (Abnahme von Gedächtnis und Intelligenz) auch ärztlicherseits feststellen konnte.

Im Juni 1910 werden zum ersten Male von Dr. B., einem namhaften Chirurgen, gelegentlich einer Untersuchung im schiedsgerichtlichen Verfahren, leise Zweifel an der Diagnose der Chorea ausgesprochen. Dieser Sachverständige fand bei der Untersuchung keine eigentlichen choreatischen Bewegungen; alle Glieder erschienen frei und sicher beweglich, erst gegen das Ende der Untersuchung stellten sich geringe Bewegungen der Finger der rechten Hand ein. Dr. B. schließt damit, daß das Nervenleiden und die Intelligenzstörung eine Folge des Unfalles ist. Dagegen scheint ihm ein derartiges fast völliges Schwinden der choreatischen Bewegungen sehr auffällig und die Diagnose Chorea progressiva unsicher, so daß Dr. B. die Frage aufwirft, ob hier die choreatischen Bewegungen nicht lediglich ein mehr untergeordnetes Begleitsymptom einer organischen Hirnerkrankung sind, die nichts mit der eigentlichen Chorea zu tun hat. Vielleicht könne es sich um geringe Blutergüsse und Gewebstrennungen im Gehirne handeln, hervorgerufen durch die bei dem Unfalle erlittene Quetschung des Gehirnes. Dr. B. hält den X auf Grund der festgestellten Besserung als zu 50% arbeitfähig. Unter Zugrundelegung dieses Gutachtens kam ein Vergleich zustande.

In der Folgezeit hat sich der Gesamtzustand des X offenbar wieder verschlechtert.

Der Kreisarzt schätzt in einem Gutachten für die Landesversicherungs nstalt vom April 1911 die Erwerbsfähigkeit X's nur auf 25—30% ein. er Kreisarzt stellte dabei fest: Die Reflexe lassen sich nur schwach aus- sen, die Gesichtsmuskeln zucken, Grimassenschneiden, die Finger werden auernd unfreiwillig eigentümlich gespreizt und gebeugt. Die Kniee nicken im Stehen häufig ein. Gegen Ende der Untersuchung werden iese Bewegungen lebhafter. Der Kreisarzt sieht das hier gefundene eiden als Folge einer Gehirnerschütterung an und bezeichnet es als Athetosis traumatica".

Der Leiter der inneren Abteilung am Krankenhause konstatiert n Juni 1911 eine Verschlimmerung der Unfallsfolgen. Er beschreibt Bewegungen, „die langsamer waren als diejenigen bei Chorea", und spricht on „nervöser Schwäche, Willensunfähigkeit und Intelligenzverlust". Er hält eine Erwerbsminderung von 75% für vorliegend.

Im Oktober 1911 ist X einige Male vom Regierungsmedizinalrat n der Wohnung des letzteren untersucht und daraufhin begutachtet worden. Aus diesem Gutachten ist hervorzuheben: „X besitzt eine schlaffe, mäßig entwickelte Muskulatur ..., die Zunge wird mehrmals lebhaft im Munde bewegt, dann schnell herausgestreckt und wieder eingezogen. Dies Spiel wiederholt sich mehrfach. Die Muskeln des Gesichtes, des Halses und der Arme befinden sich in großer Unruhe. Das Gesicht hat einen grimassierenden Ausdruck, der Kopf und die Arme werden hin und her geschleudert, die Beine knicken öfter ein."

„Die Intelligenz scheint nicht w e s e n t l i c h h e r a b g e s e t z t z u s e i n , d i e g e i s t i g e n F ä h i g k e i t e n e n t s p r e c h e n i m g a n z e n s e i n e m A l t e r u n d s e i n e m S t a n d e." Dieser Gutachter hält den X in seiner Erwerbsfähigkeit um 75% geschädigt, „da er nicht Herr seines Muskelapparates ist und seine Muskeln unwillkürlich und unzweckmäßig arbeiten".

Da dieser Sachverständige eine „nennenswerte Veränderung der geistigen Tätigkeit oder gar eine fortschreitenden Verblödung nicht wahrnahm", so erscheint es ihm sehr zweifelhaft, daß X an chronischer progressiver Chorea leide. Auch dieser Gutachter spricht von einer traumatischen Athetose, die er auf Blutergüsse mit Vernichtung von zelligen Bestandteilen des Gehirnes gelegentlich des im Oktober 1905 erlittenen Unfalles zurückführt, und nimmt an, daß durch diese so gesetzten Veränderungen der Gehirnsubstanz die Bewegungsstörungen in den genannten Muskelgruppen entstanden seien. Eine allmähliche Besserung bei ruhigem Leben und unter Vermeidung seelischer Erregungen wird als möglich bezeichnet.

Am 17. Dezember 1911 stirbt X.

X soll nun 14 Tage vor seinem Tode „in seinem Wahn" einen Selbstmordversuch gemacht haben. Er brachte sich eine nichtssagende Verletzung in der Gegend der Magengrube mit einem Messer bei und trank



50 g „russischen Spiritus“ (90% Alkohol, Terpentinöl und 5% Äther, Ammoniak und 2% spanischen Pfeffer). Durch diesen „Genuß“ bekam er einen heftigen Magenkatarrh, der vom behandelnden Arzte festgestellt wurde. Er mußte sich zu Bett legen und konnte sein Lager bis zum Tode nicht wieder verlassen.

Der Kreisarzt nahm mit dem Kreisassistenzarzt eine Obduktion vor. Bedeutungsvoll aus dem Obduktionsprotokoll für die Beurteilung ist:

Der Leichenbefund von Gehirn- und Rückenmark weist keine eindeutigen Anhaltpunkte auf, die für ein ganz bestimmtes Nervenleiden kennzeichnend wären. Es wurden keine Herde, Gewebstrennungen oder Verletzungen der Gehirnsubstanz gefunden, welche der Vermutung der die Diagnose Chorea abweisenden Gutachter recht geben würde. Es wurden aber Abflachung und Verschmälerung der Windungen, also der Ausdruck einer gewissen Hirnatrophie festgestellt, wie man ihn bei lange bestehender Chorea, die ja auch mit einem Schwunde der Nervenzellen einhergeht, häufig findet.

Das Ergebnis einer mikroskopischen Untersuchung liegt nicht vor.

In der Magengrube fand sich eine belanglose Hauttrennung als Folge der oben erwähnten suizidalen Messerverletzung.

Das rechte Bein hatte infolge einer Schenkelvenenthrombose einen größeren Umfang als das linke. Herz weich und vergrößert. In den beiden Lungenadern finden sich ausgedehnte Gerinnsel, die als letzte Todesursache angesprochen werden.

Die beiden Obduzenten schließen nun weiter:

Todesursache = Verstopfung der Lungengefäße durch Blutgerinnsel. Die Verstopfung der Lungengefäße ist die Folge von allgemeiner Erschöpfung und Herzschwäche. Durch den Genuß des russischen Spiritus sei es zu einem Magenkatarrh gekommen, der andauernde Bettruhe bedingte. Diese so erzwungene Bettruhe habe aber dem rückfließenden venösen Blutstrom die helfende Wirkung der Muskelkontraktionen, die außerhalb des Bettes natürlich weit lebhaftere sind, entzogen und so die Gerinnselbildung begünstigt. Der Selbstmordversuch sei aber die Folge der geistigen Unklarheit, die auf der Unfallerkrankung beruhe. Mithin sei der Unfall vom Oktober 1905 als indirekte Ursache des Todes aufzufassen.

Die Berufsgenossenschaft wollte dieser Auffassung nicht beitreten und ließ sich im Februar 1912 von ihrem Vertrauensarzt ein Gutachten erstatten, dem die Frage, ob der Tod des X in ursächlichem Zusammenhange mit seinem Unfall aus dem Oktober 1905 stehe, zugrunde zu legen war.

Dieser Gutachter beruft sich auf die dauernde Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, wonach ein Selbstmord nur dann als Folge eines Betriebsunfalles anerkannt wird, wenn er in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand der Geistestätigkeit begangen wurde.



Dieses Gutachten kommt zu einem ganz negativen Ergebnis:

Eine geistige Störung habe nicht vorgelegen. X sei nicht entmündigt orden. Wahnideen und Sinnestäuschungen seien niemals festgestellt orden. Im September 1911 habe der eine Gutachter ja noch festgestellt, aß die Intelligenz des X nicht wesentlich herabgesetzt sei, daß seine eistigen Fähigkeiten im ganzen seinem Alter und seinem Stande ent- prächen. Die beiden Selbstmordversuche seien überhaupt nicht als rnstzunehmende aufzufassen, sondern harmloser Natur. Der Magen- atarrh habe doch keine absolute Bettruhe wie bei Benommenen bedingt, ie Bettruhe könne daher nicht als begünstigendes Moment für das Zu- tandekommen der Embolie angesprochen werden. Der Beweis eines chlaffen Herzens sei durch die Obduktion nicht erbracht, stehe auch icht im Einklang mit dem Untersuchungsergebnis eines der Gutachter.)ie Blutgerinnung sei nicht immer auf Verlangsamung des Blutstromes urückzuführen, das sei nur der Fall bei wirklich erschöpfenden, lang- vierigen Erkrankungen. Von einer erschöpfenden Erkrankung könne ier aber keine Rede sein, da die Entkräftung leicht durch Milchaufnahme hätte behoben werden können; langwierig sei die Erkrankung, die nur 14 Tage gedauert habe, ebenfalls nicht gewesen. Blutgerinnungen kämen uch bei ganz Gesunden vor. Der X habe nicht an Geisteskrankheit elitten, in der er triebartig einen Selbstmordversuch gemacht habe. Der aum ernstzunehmende Selbstmordversuch habe kein langwieriges, chweres Krankenlager bedingt; mithin müsse er schließen — wie eingangs rwähnt —, der Tod des X sei auch nicht einmal mit einiger Wahrschein- ichkeit in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall aus dem Jahre 1905 zu bringen.

Im Streitverfahren um die Hinterbliebenenrente wurde ich vom Vorsitzenden des Schiedsgerichtes für Arbeiterversicherung um Erstattung eines Obergutachtens ersucht.

Meine Tätigkeit war hierbei natürlich beschränkt auf eine epi- kritische Untersuchung der Vorgutachten.

Ich führte etwa folgendes aus:

Zunächst müsse ich daran festhalten, daß in der Klinik durch eine wochenlange eingehende ärztliche Beobachtung nach meiner Überzeugung n einwandfreier Weise der klinische Beweis für das Bestehen einer Chorea bei X zur Zeit des Aufenthaltes in der Klinik erbracht worden sei. Die Chorea progressiva biete ein gut gekennzeichnetes, vom Arzte leicht rkennbares Krankheitsbild. Die Beobachtungen und glaubwürdigen Angaben der Arbeitgeber des X über dessen verändertes Verhalten nach dem Unfall und namentlich die sehr ins Gewicht fallenden Beobachtungen des behandelnden praktischen Arztes seien so überzeugend, daß sie mich weiter darin bestärkten, dem Gutachten der Klinik auch in bezug auf den angenommenen ursächlichen Zusammenhang von Chorea und Unfall aus dem Jahre 1905 ganz beizutreten. Das Auftreten der vielfach in den



Gutachten beschriebenen kennzeichnenden eigentümlichen hyperkinetischen Symptome, der Verfall in Demenz, das Auftreten im höheren Alter bei einem bis dahin gesunden Manne sicherten die Diagnose der Chorea. Die Chorea träte zwar zumeist bei Leuten auf, bei denen unter den Vorfahren sich bereits Fälle von Chorea oder anderer schwerer neuropathischer Belastung fänden. Die erbliche Anlage könne aber nicht als ausschlaggebendes Beweismoment aufgefaßt werden. (Der Vater war ja — wenn auch nicht Choreatiker — so doch ein anderweitig schwer Nervenkranker.) Einmal müsse eben die Chorea in der Familie ihren Anfang nehmen. Gerade aber — wie hier —, wo man Erblichkeit als ursächliches Moment nicht (wenigstens nicht mit Sicherheit) heranziehen könne, müsse man nach einer anderen Ursache sich umsehen, als welche man ganz ungezwungen den Unfall ansehen könne, da Kopfverletzungen nach ärztlicher Erfahrung sehr häufig als die auslösende Ursache einer Chorea angenommen würden. Das Sektionsergebnis bei Chorea sei meist ein negatives. Hirnatrophie würde aber häufig bei länger bestehender Chorea angetroffen. Das erbrachte Obduktionsprotokoll beweise zwar nicht das Vorhandensein einer Chorea, die festgestellte Gehirnatrophie könne aber zugunsten der Diagnose einer Chorea herangezogen werden. Die Chorea sei im allgemeinen ein allr mählich fortschreitendes Leiden. Ein derartiges Zurücktreten, daß deeine Gutachter die Bewegungen frei und sicher fand, der andere Gutachter keine Intelligenzstörung konstatieren konnte, seien tatsächlich sehr auffallend und der Zweifel dieser Gutachter an der Diagnose Chorea zu verstehen. Indessen seien tatsächlich bei Chorea schon häufig weitgehende Remissionen ärztlicherseits beobachtet worden. Die Diagnose Athetosis traumatica erscheine mir insofern nicht zutreffend, als die Athetose sich meist auf Finger und Zehen beschränke, meist einseitig auftrete, die athetotischen Bewegungen im Gegensatz zu den von den Gutachtern beschriebenen Bewegungsstörungen mehr träge, wurmartig, mehr gleichmäßig seien. Bei der Chorea stellten sich zwischen den einzelnen Muskelverzerrungen meist Pausen ein. Auch die von den Gutachtern, welche für Athetosis eintraten, erbrachten Schilderungen der Bewegungsstörungen gäben keine direkte Veranlassung zum Aufgeben der Diagnose Chorea.

Einige Angaben in den Gutachten, so das später festgestellte Ausbleiben der Patellarreflexe, die in der Klinik noch als gesteigert befunden wurden, das Einknicken der Kniee bei längerem Stehen, die Steigerung der Bewegungsstörungen gegen Ende der Untersuchung, Symptome, die bei den zuletzt vorgenommenen Begutachtungen noch gefunden wurden, möchte ich als Symptome leichter Ermüdbarkeit und allgemeiner Schwäche ansprechen. Für die zunehmende allgemeine Schwäche spräche auch die in einer der letzten Begutachtungen beobachtete schlaffe Muskulatur, sowie die an der Leiche festgestellte Abmagerung. Ich glaubte daher sehr wohl, daß es sich bei X um einen allgemeinen Erschöpfungs-

ıstand gehandelt habe, und daß dieser letztere allein zur Erklärung ·r den Tod verursachenden Gerinnselbildung genüge. Die Selbstmord- ·rsuche seien nur beiläufige Erscheinungen, die als Todesursache weder ittelbar noch unmittelbar eine Rolle spielten. Aber gerade derartig ı sich vielleicht nicht ernstzunehmende Selbstmordversuche, die in mehr ıpulsiver Weise aus gewissen allgemeinen Insuffizienzgefühlen heraus ötzlich unternommen werden, bei denen die Unmöglichkeit, das gewollte iel zu erreichen, recht deutlich in die Augen springt, seien geradezu ·zeichnend für chronische Geisteskrankheiten, die rasch zur Verblödung ıhren. Bei Paralyse und Chorea würden solche Suizidversuche erfahrung- ·mäß besonders häufig angetroffen. Der Selbstmordversuch könne ier sehr wohl mit als ein Symptom der Chorea aufgefaßt werden.

Mein Gutachten schloß dahin, X habe an Chorea gelitten; der durch ie Chorea bedingte allgemeine Erschöpfungszustand sei als Ursache für ie den Tod herbeiführende Gerinnselbildung anzusehen. Die Chorea ıüsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall aus dem Iahre 1905 zurückgeführt werden. Mithin könne der Unfall als die mittel- ›are Ursache des Todes angesprochen werden.

Meinen Ausführungen wurde beigetreten. Die Witwe bezieht jetzt lie Hinterbliebenenrente.

Daß es bei Chorea mit und ohne therapeutisches Einwirken zu Remissionen kommen kann, ist bekannt. In der Klinik wurde bereits hier wohl doch mit als kurativer Erfolg) eine Besserung festgestellt. Auffällig bleibt immerhin das besonders gute psychische Verhalten, las von dem einen Gutachter, einem besonders erfahrenen Sach- ·erständigen und subtilen Untersucher, noch zwei Monate vor dem Tode des X festgestellt wurde. Verstehen wird man diesen Befund können, wenn man sich daran erinnert, daß es sich bei X doch aller Wahrscheinlichkeit um eine einfache Demenz gehandelt hat, bei der ·r äußerlich sehr wohl korrekt und besonnen erscheinen konnte, ferner laran, daß feinere Intelligenzprüfungen und Prüfungen auf affektive Störungen in gelegentlichen Untersuchungen in der Sprechstunde ıicht immer in einem für die Beurteilung ausreichendem Maße vor- genommen werden können. Wir müssen hierbei weiter bedenken, laß es sich bei den psychischen Störungen der Chorea nicht immer ım grobe Intelligenzdefekte handeln muß, sondern daß die tiefe Demenz ›ft mehr vorgetäuscht wird durch die Gedächtnisstörung und nament- ich durch die mangelnde Konzentrierungsfähigkeit. Der Grad der Konzentrierungsfähigkeit ist aber allemal abhängig von Stimmungen ınd allerlei nicht nachweisbaren körperlichen Dispositionen. Die



Konzentrierungsfähigkeit wird daher sehr wohl an verschiedenen Tagen eine verschiedene sein können. Und wenn wir nun gar noch bedenken, daß der Verlauf aller chronischen Psychoneurosen mehr oder minder in Kurven verläuft, so können uns abweichende Prüfungsergebnisse nicht weiter wundernehmen.

Die Beweisführung des einen Gutachters, aus dem Nichtvorhandensein von Wahnideen und Sinnestäuschungen, aus dem fehlenden Vorliegen einer Entmündigung auf das Fehlen einer Geistesstörung zu schließen, ist ja ohne weiteres als unhaltbar zu bezeichnen.

E. Schultze behauptet einmal, die Chorea würde, obwohl sie in zahlreichen Arbeiten behandelt worden ist, noch heute vielfach verkannt. Er hat recht, besonders wenn man an die Schwierigkeiten der Diagnose bei Vorliegen einer tiefgehenden Remission mit Zurücktreten der psychischen Erscheinungen denkt.

Irrengesetze in Serbien.

Von Dr. **W. M. Subotić**, Direktor der Königl. Serb. Irrenanstalt zu Belgrad,
Arzt in Illenau 1892.

I. Am 3. März 1861 hat Fürst Michael Obrenovitsch III. das vom Staatsrate vorgeschlagene Statut über die erste neugegründete Irrenanstalt im Fürstentum Serbien, damals Vasallenstaat der Türkei, mit seiner Unterschrift sanktioniert.

Diese Irrenanstalt hatte Geisteskranke aller Formen der Geistesstörung aus dem ganzen Lande Serbien aufzunehmen. Sie hatte einen Arzt als Direktor, ferner einen Hilfsarzt, und stand administrativ unter dem Ministerium des Innern. Sie bekam auch einen Ökonomen und einen Geistlichen zugeteilt. Für Arme war Verpflegung auf Staatskosten vorgesehen. Der Direktor hatte das Recht, nur bis zu 300 Groschen (120 Frank) ohne vorherige Bewilligung des Ministeriums Rechnungen auszuzahlen.

Aufnahmen waren erlaubt nur nach Bewilligung des Ministeriums des Innern. Vordem mußte die betreffende geisteskranke Person vom Gericht für geisteskrank erklärt werden. Nachdem dies geschehen war, mußte die zuständige Polizeibehörde das Ministerium des Innern darüber verständigen. Auf Grund dieser gerichtlichen Entscheidung erfolgte die ministerielle Bewilligung für die Aufnahme in die Anstalt. Es ward aber auch die häusliche Pflege bewilligt, wenn die Familie, Freunde oder andere Privatpersonen die Garantie boten, daß sie den Kranken hüten würden.

II. Am 20. März 1881 hat Fürst Milan Obrenovitsch IV. das vom serbischen Parlament angenommene neue Sanitätsgesetz sanktioniert. Dieses Gesetz wurde in ganz Europa von Fachkreisen als ein modernes Gesetz anerkannt. Mit einigen Umänderungen, besonders im Jahre 1905, worüber noch zu sprechen sein wird, hat dieses Gesetz noch heute volle Gültigkeit.

In diesem Gesetz wurde der alte Name vom Jahre 1861 „Irrenanstalt" in den Namen „Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke" umgewandelt.



Der Direktor sollte aus den fachmännisch gebildeten Psychiatern gewählt werden. Er mußte zugleich Doktor der gesamten Heilkunde sein. — Die Anstalt blieb dem Minister des Innern unterstellt.

Neben dem Direktor waren vorgesehen worden: ein Sekundararzt, der auch Doktor der gesamten Heilkunde oder wenigstens Doctor medicinae oder chirurgiae sein sollte, Hilfsarzt, Ökonom und Geistlicher.

Der Rang des Direktors war dem eines Kreisphysikus, des Sekundararztes dem eines Bezirksarztes gleich, Hilfsarzt konnte ein absolvierter Mediziner sein, der ein ärztliches Doktordiplom nicht besaß.

Neu war im Gesetze die Vorschrift, daß auch Kranke aller Nationen, also auch Ausländer, und aller Religionen Aufnahme finden sollten.

III. Am 17. Januar 1905 hat König Peter I. die vom serbischen Parlamente angenommenen Veränderungen des Sanitätsgesetzes vom Jahre 1881 sanktioniert. Nur die neuen Bestimmungen sollen hier Erwähnung finden:

Es wurde die Stelle eines Primarius geschaffen. Im Range steht er dem Direktor nach und dem Sekundararzte vor. Die ersten fünf Dienstjahre hat er aber auch nur den Rang eines Bezirksarztes und nachher den Rang eines Kreisphysikus. Alle Ärzte der Anstalt müssen Psychiater von Fach sein.

Der Direktor muß vorher 10 Dienstjahre im Sanitätsfache, wovon drei in dieser Anstalt, hinter sich haben, um Direktor werden zu können.

Der Primarius muß 5 Sanitätsdienstjahre, wovon zwei in dieser Anstalt, gehabt haben.

Der Sekundararzt muß Doktor der gesamten Heilkunde sein.

Nach dem Gesetze müßte der Direktor in der Anstalt wohnen, wo er freie Wohnung, Heizung und Beleuchtung zu bekommen hätte. Da aber für ihn keine Wohnung besteht, so wohnt er drei Kilometer von der Anstalt entfernt in der Stadt selbst.

Dem Direktor ist das Recht eingeräumt worden, Ausgaben in der Höhe von 150 Frank selbst zu bewilligen. Für größere Summen muß er die Bewilligung des Ministeriums des Innern einholen.

Die Armen werden auf Staatskosten verpflegt.

Um die Aufnahmen in den Anfangstadien der Krankheit zu ermöglichen, war es im Gesetze bestimmt, daß ein ärztliches Attest, von drei Ärzten im Staats- oder Gemeindedienst ausgestellt, genügt. Auf Grund eines solchen Attestes können also geisteskranke Personen in die erste Abteilung aufgenommen werden, selbstverständlich nach vorher erfolgter Bewilligung des Ministers des Innern.

Der Kranke selbst, seine Familie und selbst seine Freunde haben das Recht, gegen die Aufnahme in die Anstalt schriftlich zu protestieren. In diesem Falle hat dann das Gericht darüber zu entscheiden, ob die in Frage stehende Person aufgenommen werden soll oder nicht.

Wenn im Laufe der Zeit die Ärzte der Anstalt gefunden haben, aß eine Person an einer unheilbaren Geisteskrankheit leidet, so muß aruber eine Kommission von drei Ärzten ein Zeugnis ausstellen und asselbe dem Gerichte einsenden. Das Gericht hat dann die betreffende erson für geisteskrank zu erklären, und dadurch wird dieselbe (natürlich ur auf dem Papier) in die zweite Abteilung überführt.

Wenn eine geisteskranke Person von der ersten (Heil-)Abteilung on irgendeinem ihrer gesetzlichen Rechte Gebrauch machen will, so uß der Direktor den Minister des Innern darüber verständigen, welcher ann eine Kommission einzusetzen hat, bestehend aus drei Ärzten, die litglieder des Sanitätsrates sein müssen, und einem Richter. Diese Kommission hat dann die betreffende geisteskranke Person gemeinsam zu ntersuchen und ein Gutachten abzugeben, ob diese letztere gegenwärtig n einem solchen Geisteszustande sich befindet, daß man ihr einen solchen Gebrauch ihrer Rechte bewilligen kann oder nicht.

Die Polizeibehörden des ganzen Landes haben die Pflicht, den Minister des Innern über jeden Fall von geistiger Erkrankung zu verständigen unter Zusendung aller anamnestischen Daten, damit dieser dann die Kommission von drei Ärzten zur Untersuchung der kranken Person bestimmen kann.

Die Aufnahmebedingungen des neuen Gesetzes sind leider nicht als Fortschritt, sondern geradezu als Rückschritt zu bezeichnen, und es steht nur zu hoffen, daß sie mit der neuesten Reform, an der fleißig gearbeitet wird, ganz abgeschafft werden. Die Schuld an diesen rückschrittlichen Vorschriften trifft nicht die Ärzte, sondern den Juristenstand — den Staatsrat —, dessen nichts weniger als moderne Ideen das Parlament akzeptierte.

Die Prozedur für die Aufnahme ist folgende: Wenn eine Person geisteskrank wird, so haben deren Verwandte oder die Gemeinde die Pflicht, die Polizeibehörde davon zu benachrichtigen, welche dann einen Arzt bestimmt, der die erkrankte Person zu untersuchen und ins nächste Spital zur Beobachtung und Behandlung zu überweisen hat.

Die Spitaldirektion hat von der erfolgten Aufnahme sofort die Polizeibehörde und diese den Minister des Innern zu benachrichtigen. Der Minister des Innern bestimmt darauf drei Ärzte, die gemeinsam die erkrankte Person zu untersuchen haben, worüber sie ein Zeugnis ausstellen und der zuständigen Polizeibehörde übergeben müssen. Diese hat davon den Minister des Innern zu verständigen. Auf Grund des ihm zugesandten Zeugnisses entscheidet dann der Minster des



Innern in der kürzesten Zeit, so wie er für gut findet, ob die Person in der Irrenanstalt zu internieren ist oder nicht.

Wenn nun die geisteskranke Person selbst oder ihre Familie oder Freunde sich dagegen sträuben, daß sie im Bezirks- oder Kreisspital auf ihren Geisteszustand beobachtet werde, und auch die Überführung der betreffenden Person in die Irrenanstalt nicht zugeben wollen, so müssen die Reklamanten beim zuständigen Gerichte schriftliche Klage einreichen. Das Gericht hat polizeiliche Informationen über den betreffenden Fall einzuholen und der Person einen Verteidiger zu bestellen, wenn sie nicht schon selbst einen solchen mit der Wahrung ihrer Interessen beauftragt hat. Das Gericht setzt den Verhandlungstermin fest, der nicht weiter als durchaus nötig hinausgeschoben werden soll, und es werden zur Verhandlung vorgeladen: die erkrankte Person, ihr Vertreter, Zeugen, sofern solche vorhanden sind, und eventuell (!!!) auch Ärzte. Nach der stattgehabten Untersuchung und Beurteilung der Beweise entscheidet das Gericht, ob es nötig ist oder nicht, daß die betreffende Person unter ärztliche Beobachtung gestellt wird, und auch, ob sie nachher der Irrenanstalt zur Behandlung übergeben werden soll.

Nur durch gerichtliches Urteil kann jemand für geisteskrank erklärt werden. Die Anzeige, daß jemand geisteskrank ist, wird zusammen mit dem Vorschlage der Spitaldirektion und den übrigen Dokumenten dem Minister des Innern vorgelegt. Vor Gericht wird der Minister des Innern durch den Staatsanwalt vertreten. Nach Erhalt der Anzeige muß das Gericht dem Erkrankten sofort einen Verteidiger bestellen und diesem letzteren eine Abschrift der Klage aushändigen. Für die Ausarbeitung der Verteidigungsschrift wird ein Termin von 5—10 Tagen gestattet. Zur Verhandlung haben zu erscheinen der Staatsanwalt, der Verteidiger, allfällige Zeugen, wie auch der Erkrankte selbst, sofern sein Zustand dies erlaubt. Um notwendige weitere Erhebungen in der Sache durchzuführen, kann das Gericht die Verhandlungen eventuell vertagen und anordnen, daß die kranke Person auch noch von anderen Ärzten untersucht wird. Nachdem alle Einvernehmungen stattgefunden haben und das Gericht über den Fall vollkommen im klaren ist, fällt dasselbe das Urteil, welch letzteres beiden Parteien zugestellt werden muß.

Gegen dieses Urteil kann fünf Tage nach Empfang der Urteils-



abschrift beim Kassationshofe die Nichtigkeitsbeschwerde eingereicht werden, und der Kassationshof hat derartige Fälle mit möglichster Beschleunigung zu erledigen.

Erst nachdem es im Laufe der Zeit in der Anstalt konstatiert worden ist, daß die kranke Person unheilbar ist, und nachdem die gerichtliche Prozedur der Erklärung der Geisteskrankheit stattgefunden hat, kann die kranke Person in die Pflegeabteilung für die Unheilbaren überführt werden.

Die Vorschrift über die Ausübung persönlicher Rechte durch Geisteskranke ist die gleiche geblieben, wie im Gesetz von 1881.

Das gleiche gilt auch für die Familienpflege.

In den strafrechtlichen Fällen, wenn die leisesten Zweifel über den Geisteszustand der angeklagten Person bestehen, ist es gesetzliche Vorschrift, daß das Gericht sofort den Arzt zu rufen hat, damit er eine genaue Untersuchung vornehme. Hat der Arzt den mindesten Zweifel bezüglich des Geisteszustandes des Angeklagten, so hat das Gericht den letzteren dem zuständigen Kreisspital zur Beobachtung zu überweisen. Hegt die Direktion des Kreisspitals die Meinung, daß eine fachmännische Beobachtung notwendig sei, so kann sie dem Minister des Innern den Vorschlag machen, man solle den Angeklagten zur Beobachtung in der Irrenanstalt internieren. Die Direktion der Irrenanstalt hat mit solchen Personen ebenso zu verfahren, wie mit jedem anderen Kranken. Das Gericht ist indessen berechtigt, einen Erkrankten sofort und direkt der Irrenanstalt zu übergeben, es muß aber in jedem Falle der Direktion der Irrenanstalt die bezüglichen Akten zusenden.

Die Entlassung ist so geregelt, daß sie von dem Gutachten der ärztlichen Kommission (drei Ärzte) und von der Entscheidung resp. Bewilligung des Ministers des Innern abhängig ist. Der Direktor der Irrenanstalt selbst kann die Entlassung eines Internierten nicht verfügen.

Wenn der Vormund, die Familie oder irgendein Freund finden, daß die ärztliche Kommission oder der Minister des Innern den Kranken widerrechtlich in der Anstalt halten, so steht ihnen das Recht zu, beim Gericht Klage einzureichen, und es kann ein solcher Fall bis zum Kassationsgericht gelangen.



Der Taubstumme als Zeuge vor dem Strafrichter.

Von Dr. **August Hegar**, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, Arzt in Illenau 1895—1905.

Ein Prozeß gegen den Leiter einer Taubstummenanstalt wegen Mißhandlungen und seit vielen Jahren verübter sittlicher Verfehlungen gegenüber seinen weiblichen Zöglingen gab mir — als einem der Sachverständigen über den Geisteszustand des Angeklagten — Gelegenheit, eine große Anzahl von Taubstummen jeden Alters und Geschlechts als Zeugen vor Gericht zu beobachten. Die Verhandlung bekam durch das Auftreten der von den Vollsinnigen so abweichenden Individuen, durch die ihrem Defekt sich anpassenden gerichtlichen Maßnahmen, die Tätigkeit der Dolmetscher, durch die eigenartige Persönlichkeit des Angeklagten, der ebenfalls von einer Sprachstörung — einer wohl psychogenen Aphasie — befallen war, ein besonderes Ansehen und bot eine Reihe interessanter Momente. Es dürften daher wohl einige Bemerkungen über das Verhalten und die Bewertung von Taubstummen als Zeugen vor Gericht von kriminalpsychologischem Interesse sein.

Zunächst möchte ich kurz auf die Stellung der Taubstummen im Straf- und Zivilrecht hinweisen. Wir wissen, daß die Taubstummen in den Gesetzen zahlreicher Staaten bis in ihr höchstes Alter als Personen gelten, deren Zustand eine besondere Berücksichtigung verdient. Diesem Bestreben verdankt ja auch der § 58 des Deutschen Strafgesetzbuches seine Entstehung, der, in Anlehnung an den § 56 hinsichtlich der Jugendlichen, sagt: „Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besaß, ist freizusprechen.“ Das Gesetz verlangt, daß die erforderliche Einsicht besonders festgestellt wird, sie ist auch als Nebenfrage an die Geschworenen zu richten. Der Vorentwurf zu unserem neuen Strafgesetzbuche beseitigt nun diesen §58, wie überhaupt die Aufstellung des „Unterscheidungsvermögens“.



ine besondere Anweisung an den Richter, die geistige und sittliche eife eines Angeklagten zu prüfen, ist nicht mehr erforderlich, da für e gemindert Zurechnungsfähigen durch § 63 Abs. 2 des Vorentwurfs hon Vorsorge getroffen ist; es entscheiden die allgemeinen Grundtze über die Zurechnungsfähigkeit. Der Wegfall dieser Sondergelung ist durchaus einleuchtend, ja selbstverständlich. Auffällig scheint mir nur die Begründung, die dafür im VE. gegeben wird: Es besteht längst kein Zweifel mehr, daß es zahlreiche vollzurechnungshige Taubstumme gibt". Es erweckt dies den Anschein, als ob die aubstummen vom Gesetzgeber im allgemeinen als dem Vollsinnigen eichzubewertende Persönlichkeiten betrachtet werden, und daß iejenigen, die einer besonderen Prüfung ihrer Entwicklung und eistigen Fähigkeiten bedürfen, in der Minderzahl seien. Wie weit ies richtig ist, dafür findet sich vielleicht in den folgenden Ausihrungen ein Hinweis. Allerdings wird im Bürgerlichen Gesetzbuch er Taubstumme auch als voll geschäftsfähig angesehen, er zählt nur nter die körperlich Gebrechlichen im Sinne des § 1910, der § 104 ommt nicht in Frage; in § 828 Abs. 2 findet sich jedoch eine Einhränkung: „Wer das siebente, aber nicht das achtzehnte Lebenshr vollendet hat, ist für den Schaden, den er einem anderen zufügt, icht verantwortlich, wenn er bei der Begehung der schädigenden andlung nicht die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche insicht hat. Das gleiche gilt von den Taubstummen." Es ist also ie Schutzbestimmung aus dem Strafgesetzbuch herübergenommen orden. Der Gesetzgeber rechnet hier von vornherein damit, daß die eistige Entwicklung gehemmt sein kann. Eine weitere schützende nordnung findet sich in § 1910: „Die Bestellung eines Pflegers für n Taubstummen für seine Person und sein Vermögen kann erfolgen, enn er infolge seines körperlichen Gebrechens seine Angelegenheiten cht besorgen kann." Diese Maßregel wird obligatorisch, wenn eine erständigung mit ihm nicht möglich ist, was immer dann zutrifft, enn er keinen Unterricht genossen hat.

Wenn wir nun diese Bestimmungen des Straf- und Zivilrechts f den Taubstummen in seiner Eigenschaft als Zeugen vor Gericht ertragen, so ergibt sich für den Richter auch hier die Notwendigkeit, bald bei einem Zeugen dieses Gebrechen vorliegt, die Frage aufzuerfen, ob und wieweit derselbe befähigt ist, eine Aussage zu machen.



Von einzelnen wird nun hervorgehoben, daß der Taubstumme ein vollwertiger Zeuge sei, er wird sogar direkt als zuverlässig angesehen infolge seiner Beobachtungsgabe und des Umstandes, daß er nicht so leicht abgelenkt wird. Diese Ansicht hat jedoch sicher keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit. Es ist ja nicht zu bestreiten, daß der Taubstumme durch das Ablesen und die damit verbundene Konzentration seine Aufmerksamkeit gut ausbilden kann, daß er zuweilen durch Kombinieren mehr vernehmen kann als sehr gut hörende; ich erinnere an die taubstumme Dame, die im Theater das vertrauliche Gespräch von Personen in der gegenüberliegenden Loge verstand. Eine derartige Überlegenheit über vollsinnige Personen dürfte jedoch nur in seltenen Fällen vorauszusetzen sein. Meist werden wir eher mit einer gewissen Minderwertigkeit rechnen müssen, die Entstehung der Taubstummheit führt uns schon zu diesem Schlusse: es handelt sich um einen angeborenen oder durch Erkrankung erworbenen Zustand, bei dem die Taubheit so früh und so bedeutend eingetreten ist, daß die Sprache sich nicht ausbildet, daß Stummheit entsteht. Neben der Läsion des Gehörapparates können noch andere Läsionen des Gehirns vorliegen, die ihrerseits psychische Defekte und Störungen verursachen, auf die ich hier nicht einzugehen brauche [1]). Aber auch ohne solche bedingt die Taubstummheit für sich allein schon eine mehr oder minder große Störung der geistigen Entwicklung. Ein Ausgleich oder Besserung ist nur möglich durch Ausbildung der Sprache; diese und die Bildungsfähigkeit überhaupt gehen parallel. Das Erlernen des Sprechens hängt nun von einem besonderen Unterricht durch eigens dazu ausgebildete Lehrer ab. Ununterrichtete Taubstumme fallen daher unter allen Umständen aus der Reihe von Personen, die mit Erfolg Zeugnis abgeben können. Eine Verständigung mit ihnen wird wohl auch mit Hilfe eines Dolmetschers nicht gelingen; eine Entscheidung des Reichsgerichtes (E. III. 29) setzt einen derartigen Grad der Taubstummheit der Geisteskrankheit gleich. Aber auch der genossene Unterricht bietet noch keine Gewähr dafür, daß

[1]) Nach dem Jahresbericht der Heidelberger Taubstummenkurse von 1910/11 war unter 47 Zöglingen das Leiden bei 24 angeboren, bei 23 erworben, davon durch Erkrankungen des Hirns und seiner Häute allein bei 11, bei weiteren 4 wird Lues als Ursache des Gebrechens angegeben.



der Taubstumme den Anforderungen, die an eine verwertbare Zeugenaussage gestellt werden müssen, geistig gewachsen ist. Seine Glaubwürdigkeit wird von dem Grade der intellektuellen Ausbildung und von der Fähigkeit , sich zu verständigen, abhängen. Sie wird unter Umständen durch die Untersuchung seitens eines Fachmannes festzustellen sein; dieser wird in erster Linie die Erfolge des genossenen Unterrichtes prüfen. Einen unleugbaren Fortschritt hat nun im letzten Dezennium die Trennung des Unterrichts der Taubstummen mit Hörresten von den eigentlichen Taubstummen gebracht. Derartige partiell Hörende verschwanden früher unter der großen Masse der ganz Tauben; ihr Gehör blieb nutzlos beiseite, war für die Sprache dauernd verloren. Durch die Benützung der vorhandenen mehr oder minder erheblichen Hörreste, durch Erziehung und Gewöhnung an den Gebrauch der Lautsprache ist eine ausgiebigere Pflege der Artikulation, des Rhythmus und Wohlklangs der Sprache möglich; während das Ablesen dabei nicht vernachlässigt wird und weiter seine große Bedeutung beibehält, ist die Verständigung durch Gebärden streng ausgeschlossen. Es war nun interessant, in der Verhandlung den Unterschied der beiden Gruppen zu beobachten. Einerseits die jüngeren Zöglinge der Taubstummenanstalt Heidelberg, die ruhig, der Sprache der Vollsinnigen sich nähernd sprachen und nur selten ihre Worte durch Gesten unterstützten; auf der anderen Seite die älteren Taubstummen mit ihrer mißtönenden Sprache, den abgerissenen Worten und den ungefügen eifrigen Gestikulationen, bei denen auch der Dolmetscher Mühe mit der Übertragung hatte. Es war ein tragisches Geschick, daß der Mann, der sich mit Wort und Tat eingesetzt hatte für die Berechtigung der Idee des Sprachunterrichts durch das Ohr bei den dazu geeigneten Kindern, jetzt auf der Anklagebank saß und daß die Waffen, die er seinen Zöglingen für das Leben in die Hand gegeben hatte, zuerst gegen ihn gewendet wurden. Man würde nun zuweit gehen, wenn man die eigentlichen Taubstummen ohne Hörreste immer als die geistig Schwächeren ansehen würde, eine solche Verallgemeinerung wäre nicht erlaubt, jedoch machten bei der Verhandlung die Zöglinge, die nach der neuen Methode ausgewählt und unterrichtet waren, einen intelligenteren Eindruck; da sie in der Lage waren, mit ihren Mitmenschen sich leichter zu verständigen, konnte man voraussetzen, daß sie auch die Eindrücke und Erfahrungen des

wirklichen Lebens besser aufnehmen und verwerten würden; auch geht die sprachliche Schulung nicht so leicht verloren. Handelt es sich daher bei einer Zeugenvernehmung oder Begutachtung um die Prüfung der Intelligenz eines Taubstummen, so dürfte die Frage, welchen Unterricht er genossen hat, als die nächstliegende gestellt werden müssen und diejenige sein, die in vielen Fällen am raschesten orientiert.

Soweit ich mich unterrichten konnte, ist die Beurteilung seitens der kompetentesten Persönlichkeiten, der Taubstummenlehrer, über die Grenzen der Bildungsfähigkeit, die Höhe der Befähigung ihrer Zöglinge keine sehr günstige. Viel wird dazu beitragen, daß sie am besten wissen, welche außerordentliche Mühe und Geduld die Erlernung und richtige Anwendung der Sprache erfordert, wie schwer es ist, den Schülern einen genügenden Wortschatz zu verschaffen, vor allem bei ihnen die Verbindung der Begriffe mit dem Worte herbeizuführen. Die Taubstummen erhalten von den gesprochenen Worten nur e i n e n Eindruck, das Absehbild, die mit Hörresten allerdings dazu noch ein mehr oder minder klares Hörbild; später verbinden sie mit den Worten auch noch ein Schreibbild, sie werden, wie einer der Taubstummenlehrer sich ausdrückte, „sprechende Schreiber". Da ihnen jede genügende Vorstellung von Ton und Laut fehlt, so werden die damit zusammenhängenden Begriffe schwer auszubilden sein. Eine Nachtigall ist für den Taubstummen nur ein in der Luft herumfliegender Vogel, während selbst bei einem geistig stumpfen Vollsinnigen an diesen Begriff sich eine Menge von Vorstellungen anschließt. Es fehlt bei ihnen an der Zahl und der vielseitigen Verbindung der Begriffe, sie werden meist an bestimmten in der Schule erlernten Bezeichnungen kleben bleiben. Es gilt dies auch für die gebildeten Taubstummen. Man wird daher immer prüfen müssen, wieweit einzelne Begriffe dem Taubstummen überhaupt verständlich sind, ob er sie so auffaßt, wie es im Leben üblich ist. Der Begriff der Unkeuschheit spielte in dem Prozesse eine wichtige Rolle; ein taubstummes Mädchen nannte den Wind unkeusch, weil er ihr den Rock aufhob, ein Schüler bezeichnete als unkeusch, als er mit bloßen Füßen ging. Eine schon erwachsene Zeugin sollte ihre Empfindungen schildern, als sie hörte, daß ihr ehemaliger Lehrer verhaftet wurde; die ihr vorgelegten Ausdrücke: froh — traurig, prallten vollständig an ihr ab, erst nach langem

›sinnen traf die Wendung „kein Mitleid“ das Richtige. Der Begriff r Mißhandlung wurde durch die immer wiederkehrende Frage: Var Herr H. grausam?“ festgestellt. Es kann auch vorkommen, ß Taubstumme mit einem Worte überhaupt keinen Begriff ver- ıden, das Wort ist für sie „eine leere Hülse“; so gebrauchte eine ugin das Wort „allmählich“; der Dolmetscher stutzte sofort, es gab sich, daß „sofort“ gemeint war. Diese mühsame und ver- hwommene Begriffsbildung ist auch von Einfluß auf das Verhältnis r Taubstummen zum Leben, sie wachsen nur schwer in dasselbe nein; auch das Alter bringt keine Besserung. Da sie einerseits im rachlichen Verkehr mit den Vollsinnigen behindert sind, anderer- its ihr Bedürfnis sich mitzuteilen sehr groß ist, verkehren sie gerne iter sich, halten Versammlungen ab und gründen Vereine; wo sie meinschaftlich leben, unterliegen sie einer starken gegenseitigen eeinflussung [1]). Es kommen natürlich auch Fälle von verschlossenem 'esen vor, so hob die Urteilsbegründung ausdrücklich hervor, daß ne Zeugin ihrer Schwester erst von dem Delikte ihres Lehrers er- ählte, als sie in der Zeitung von einem ähnlichen Falle las. Die Taub- ummenlehrer halten die Bildung von Vereinen der Taubstummen r schädlich und suchen sie zu verhindern, weil sie die Mitglieder m wirklichen Leben entfremden und das Untereinanderheiraten leichtern.

So berechtigt eine gewisse Vorsicht in der Bewertung der Aus- gen der Taubstummen ist, so dürfen auch einige günstige Züge cht außer acht gelassen werden. Vor allem ist zu bemerken, daß ıs Auge als gut ausgebildet bezeichnet werden muß; was der Taub- ımme gesehen hat, hält er auch fest. Es ist dies wichtig, weil sonstige innerungsbilder nicht leicht bei ihnen zu wecken sind. Nach meinem teil waren die Taubstummen vor Gericht ungenierter, weniger fangen, wie es im allgemeinen Vollsinnige sind. Dazu trug allerdings i, daß ihr Verkehr mit dem Gerichte fast ausschließlich durch den ıen gut bekannten Lehrer, weniger durch den Vorsitzenden ging. cher war — entgegen den allgemein geltenden Anschauungen —, ß bei ihnen die Verstocktheit vieler vollsinnigen Zeugen fehlte, ß sie bereitwillig Auskunft gaben, immer bei der Sache waren.

[1]) Um Mißverständnisse zu vermeiden, bemerke ich, daß bei dem rozesse in dieser Hinsicht keine Bedenken bestanden.

Nach der vom Gericht erhobenen Aussage der Sachverständigen waren ihre Angaben als ehrlich zu bewerten. Einen Punkt möchte ich hier noch berühren, nämlich die Unterstützung und Bekräftigung, die die Taubstummen ihren Worten durch entsprechende Gebärden verleihen; zum größten Teil waren dieselben so bezeichnend, daß ein Mißverständnis ausgeschlossen war, daß sie eine wertvolle Hilfe für die Zuhörer bildeten, es wurde auch in der Urteilsbegründung auf die charakteristischen Gesten hingewiesen. Andererseits sah ich aber auch Gestikulationen, die als schlechte Gewohnheiten sich darstellten und nur rein konventionell wirkten.

Eine große Bedeutung in der Verhandlung kam natürlich der Eidesleistung zu. Der Gesetzgeber erachtet den Taubstummen für fähig, den Eid zu leisten. Er schützt ihn dabei, indem er besondere Vorschriften erläßt, wie sie in § 63 Abs. 2 der StPO. und § 483 ZPO. enthalten sind. In unserer Verhandlung lasen die Taubstummen nach Belehrung durch den Dolmetscher die Eidesformel ab. Für die Zulassung zum Eide kam, abgesehen vom Alter, die Vorschrift des § 56, 1 StPO. in Betracht: „Unbeeidigt sind zu vernehmen: 1. Personen, welche wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben.“ Es wurde daher bei einzelnen auf die Vernehmung überhaupt verzichtet, da sie an der Grenze der Bildungsfähigkeit standen; andere wurden nicht vereidigt wegen mangelnder Reife, darunter ein 18 jähriges Mädchen; hinsichtlich der Vereidigten lasse ich aus der Urteilsbegründung die das Gericht leitenden Grundsätze folgen: „Das Fehlen des Gehörs ist natürlich bei der Bewertung der Zeugen sehr schwerwiegend. Die Prüfung der Zeugen ergab aber, daß sie bestimmte Angaben machten und nicht beeinflußt waren. Viele, insbesonders die mit Hörresten, machten einen intelligenten Eindruck, auch die Aussagen der älteren eigentlichen Taubstummen wurden als richtig angenommen. Unterstützt wurden die Aussagen durch objektive Befunde (z. B. des Gerichtsarztes). Die (vom Verteidiger an die medizinischen Sachverständigen gerichtete) Frage nach der Ursache der Taubstummheit wurde als unwesentlich angenommen, eine in der Jugend überstandene Meningitis braucht keine Verblödung hervorzurufen; wenn der Taubstumme Zeugnis geben kann, ist die Ursache der Taubstummheit unwesentlich. Das



ericht hat volles Verständnis für die Bedeutung des Eides an-
enommen."

Eine wichtige Persönlichkeit bei einer Verhandlung mit Taub-
ummen ist der Dolmetscher, ja man kann sagen, eine unentbehrliche.
nter den etwa 40 taubstummen Zeugen befand sich nur ein 16jähriger
ursche mit Hörresten, dessen Sprache der eines Vollsinnigen glich,
n kleiner Teil konnte zur Not noch verstanden werden, bei allen
brigen war die Verständigung sehr erschwert und für jemand,
er sich nicht mit diesem speziellen Unterricht beschäftigt hatte,
ohl ausgeschlossen. Die gesetzlichen Bestimmungen, die eine Mit-
irkung des Dolmetschers vorsehen, sind enthalten in § 188 GVG.:
Zur Verhandlung mit tauben oder stummen Personen ist, sofern
icht eine schriftliche Verständigung erfolgt, eine Person als Dol-
etscher zuzuziehen, mit deren Hilfe die Verständigung in anderer
Veise erfolgen kann." Der § 258 Abs. 2 der StPO. handelt von der
litwirkung des Dolmetschers bei dem tauben Angeklagten. Von
iner schriftlichen Verständigung mit dem Taubstummen wird wohl
eist abgesehen werden, da dieselbe zu umständlich würde; es muß
uch beachtet werden, daß die Möglichkeit eines solchen schriftlichen
erkehrs von einem genügenden Unterricht abhängig ist. Der Dol-
etscher hat gesetzlich nur eine vermittelnde Aufgabe zwischen
ericht und Taubstummen, in Wirklichkeit wird er, ohne daß dies
om Gesetze vorgesehen ist, zu einer Vertrauensperson. Ich glaube
icht zu viel zu sagen, wenn ich behaupte, daß von der Tüchtigkeit
nd Geschicklichkeit des Dolmetschers der ungestörte Fortgang und
as richtige Ergebnis der Zeugeneinvernahme sehr wesentlich bedingt
t. In dem Prozesse H. waren zwei Taubstummenlehrer tätig, die
ch bei ihrer anstrengenden Tätigkeit ablösten. Es handelte sich nicht
ur darum, Fragen zu stellen und die Antwort zu übertragen, sondern
er Dolmetscher mußte sich auch über den Bildungsgrad des zu
efragenden klar sein, was um so notwendiger war, als es sich zum
eil um nicht genügend entwickelte und geistig defekte Personen
andelte. Zuweilen mußte er auch zum Aufschreiben seiner Fragen
reifen. Als Demonstrationsobjekt wurde eine Puppe verwendet,
n der die Zeugen das Vorgehen des Angeklagten zeigten, oder soweit
s angängig war, an anderen Zeugen. Bei einzelnen Zeugen erfolgten
ie Antworten ohne Zögern, es bestand eine große Fertigkeit im Ab-



lesen, bei anderen war jedoch ein Mißverstehen nicht ausgeschlossen; der Dolmetscher konnte erst weiter fragen, wenn er die Überzeugung hatte, daß er auch richtig verstanden war. Es mußten alle Suggestivfragen sorgfältig vermieden, vorsichtig und ohne Übereilung weitergegangen werden. Eine gewisse Schwierigkeit bot immer die Feststellung, ob der Zeuge seine Aussage selbst erlebt oder ob er sie nur von anderen gehört hatte; nicht in allen Fällen gelang dies. Die Anwendung konditioneller Sätze war zu schwer, z. B. „hätte man dies sehen können?" Charakteristisch war auch, daß der Dolmetscher zuweilen das Gegenteil fragte; wenn er wissen wollte, ob der Zeuge geweint hatte, fragte er: „hast du gelacht?" Eine wenig lobenswerte Gewohnheit, wohl aus dem Sprachunterricht, könnte unter Umständen irre führen, die Zöglinge wiederholten das gefragte Wort gerne noch einmal, ehe sie antworteten, z. B. „Hat Herr H. dich geschlagen?" „Geschlagen", dann kommt erst Ja oder Nein. Erleichtert wird natürlich die Verständigung, wenn der Dolmetscher der frühere Lehrer ist; neben dem vertraulichen Verhältnis, in dem der Taubstumme mehr wie der Vollsinnige zu seinem Lehrer steht, kommt auch die gewohnte Schulung in Betracht. Will man also ganz sicher gehen, so rufe man die Lehrer der Anstalt als Dolmetscher, in der der Taubstumme unterrichtet wurde.

Als wesentliches Ergebnis meiner Beobachtungen möchte ich festlegen: Vernehmungen von Taubstummen ohne Dolmetscher haben gar keinen Wert; sie können Anlaß zu den größten Mißverständnissen geben. Besonders Feststellungen durch untere Polizeiorgane sind mit aller Vorsicht zu verwenden; bei dem Versuch der Verständigung mit den Taubstummen wird beiderseits bald zur Gebärde gegriffen, und kann man sich bei einem gehörten Worte sehr täuschen, so noch mehr bei einer Geste!

Die Aufgabe des Arztes als Sachverständiger über den Geisteszustand eines Taubstummen kann unter Umständen eine sehr schwierige werden. Die Prüfung der rein intellektuellen Funktionen tritt sehr in den Vordergrund, erst wenn der geistige Besitzstand, Bildungsgang, Art und Dauer des Unterrichts — am besten mit Hilfe eines Fachmannes — klargestellt sind, wird es möglich sein, in die Untersuchung des Affektlebens, der Phantasietätigkeit und vor allem der Beeinflußbarkeit einzutreten. Es wird dabei auf die richtige, geduldige



Behandlung des zu Untersuchenden viel ankommen, um das nicht selten vorkommende Mißtrauen fernzuhalten. Wenn auch die Zahl der geistig gut entwickelten Taubstummen nicht sehr groß ist und der größere Teil unter dem Durchschnitt der Vollsinnigen steht und mehr Defekte zählt, so darf uns das doch nicht zu einer Unterschätzung führen, die ja so leicht beim ersten Anblick von an solchen Gebrechen leidenden Personen sich einstellt; besonders bei Beobachtung älterer Taubstummen drängt sich der Schluß auf, daß mit ihrem Leiden auch eine besondere Charakterbildung entsteht, die berücksichtigt werden muß.

Selbstverstümmelung bei Paralyse.

Von Dr. **H. Brassert**-Leipzig (Arzt in Illenau 1896—1898).

Wenn ernste Selbstbeschädigungen bei Geisteskranken, insbesondere paralytischen, auch nicht zu den Seltenheiten gehören, die Kasuistik in dieser Hinsicht sogar als ziemlich reichhaltig und mannigfaltig zu bezeichnen ist, so rechtfertigen doch die Eigenart und Schwere eines derartigen n e u e n Falles, die näheren Umstände, unter denen sich der Vorgang abspielt, und nicht am wenigsten die Erfahrungen, die wir aus ihm ableiten oder durch ihn neu bestätigen können, eine kurze Mitteilung an weitere Kreise. Von diesem Gesichtspunkte aus mag vorliegende Beobachtung mit einigen an sie anknüpfenden Bemerkungen hier ihren Platz finden.

B., Lehrer, 37 Jahre alt, wurde mir am 28. November 1911 von seiner Ehefrau mit folgenden Angaben zugeführt: Seit Frühjahr hätten sich bei dem Kranken im Anschluß an Aufregungen über pekuniäre Verluste durch Gutsagen mancherlei Beschwerden, wie Stechen in der Herzgegend und Schlaflosigkeit, eingestellt. Besserung nach Aufenthalt in B a d S t e b e n, dann neue Aufregungen und Verschlimmerung. Jetzt klagt der Kranke hauptsächlich über „Herzstoßen", „befangenen Kopf", unruhigen Schlaf. Auch fiel der Frau auf, daß er sich psychisch sichtlich veränderte, indem er immer gehemmter, okkupierter und unselbständiger wurde. Lues anfangs negiert, doch wird nachträglich „Geschlechtskrankheit" zugegeben.

Die U n t e r s u c h u n g ergab ganz kräftige körperliche Verfassung. Psychisch erschien B. merkwürdig schwerfällig und nicht imstande, klar über sein Ergehen zu berichten, so daß er an ihn gestellte Fragen meist nur mit einem ausdrucklosen „Ja" beantwortete. Stimmung gedrückt und etwas ängstlich-erregt. Linke Pupille weiter als rechte, Lichtreaktion beiderseits vorhanden. Beim Sprechen, das noch leidlich intakt, suspektes, wenn auch zunächst nur ganz feines, Zittern und Beben in der Lippenkinnmuskulatur. Kniesehnenreflexe deutlich abgeschwächt, Achillessehnenreflexe nicht zu erhalten. Beim Stehen mit geschlossenen



gen und aneinandergestellten Füßen Unsicherheit und lebhaftes Lid-
:tern. Starker Tremor der gespreizten Hände. Herzaktion etwas ver-
rkt, I. Ton über der Aorta zuweilen geräuschartig.

Da die Ehefrau von vornherein betonte, daß es ihr in erster Linie
'auf ankomme, den Kranken aus Leipzig, wo er ständig an seine
·luste, den vermeintlichen Ausgangspunkt seines Leidens, erinnert
rde, so rasch als möglich wegzubringen, der Eintritt in eine geschlossene
stalt aber sofort refüsiert wurde und zunächst keinesfalls durchzusetzen
vesen wäre, so wurde dem vom Pat. selbst geteilten Wunsche der Frau,
derhand das Sanatorium Kreischa, also eine offene Kuranstalt,
zusuchen, zwar nicht ohne Bedenken und nur unter der Bedingung
ttgegeben, daß von hier aus dann die Aufnahme in eine geschlossene
ilanstalt alsbald betrieben werden könnte.

Einige Tage später traf nun von dem Leiter genannten Sanatoriums,
rrn Kollegen *Krapf*, der den Kranken unter der eben angeführten
raussetzung provisorisch aufgenommen hatte, und dem ich
seine freundlichen Mitteilungen und die Erlaubnis, sie zu benutzen,
h an dieser Stelle bestens danke, folgender Brief ein, den ich im wesent-
ıen wörtlich wiedergebe: „Patient B. aus L. hat sich gestern Morgen
ı 4. Dezember 1911) in einer ganz entsetzlichen Weise verstümmelt:
einem im Griffe feststehenden Messer schnitt er sich die ganze rechte
nd ab, dieselbe war förmlich kunstvoll aus dem Radiokarpalgelenk
gelöst und lag, als mein zweiter Arzt und gleich darauf ich selbst das
ımer betrat, am Boden, während der Patient, stumpf vor sich hin-
rrend, mit bleichem Gesicht und am ganzen Körper frierend im Bette
. Wir trafen sofort die notwendigen Maßnahmen und verbrachten
ins Johannstädter Krankenhaus nach Dresden, wo Herr Geheim-
t *Credé* die erforderliche Operation noch rechtzeitig vornehmen
ınte, so daß ein Verblutungstod abgewendet wurde. — B. hatte sich,
hdem seine Frau abgereist war, ganz gut hier eingelebt, spielte am
Dezember abends noch mit den anderen und legte sich, nachdem er
gen Unruhe Valinervin genommen hatte, um ¾10 Uhr zu Bett. Nachts
Uhr klingelte er und erklärte der sofort erscheinenden Hausschwester,
könne nicht schlafen und sei furchtbar unruhig; die Pflegerin gab ihm
rauf verordnungsgemäß 0,5 Veronalnatrium und blieb eine halbe
ınde lang bei ihm, bis er eingeschlafen war. Früh um ¼9 Uhr sah sich
Pflegerin, da B. noch seine Stiefel vor der Tür stehen hatte, nach
ı um und fand ihn in dem geschilderten Zustande, zweifellos hatte er
z vorher die Tat vollbracht.“ Aus dem ausführlichen Berichte ergibt
ı weiter, daß auch die Herzgegend eine Stichverletzung aufwies und
B. während der Tat nicht einen Laut von sich gegeben haben konnte,
die beiden benachbarten Zimmer bewohnt und von ihren Inhabern,
doch etwas gehört haben müßten, zur fraglichen Zeit nicht verlassen
vesen waren.



Es handelt sich also um einen im depressiven Anfangstadium der progressiven Paralyse stehenden 37 jährigen Mann, der, wohl weniger unter dem Einfluß hypochondrischer Wahnvorstellungen, als vielmehr in Suizidabsicht, worauf die Stichverletzung in der Herzgegend hinweist, eine schwere Selbstverstümmelung vornimmt, indem er sich die rechte Hand im Radiokarpalgelenk kunstgerecht abschneidet. Interessant ist schon das Plötzliche, scheinbar Unvermittelte dieses Tentamens, weit mehr aber noch seine Art und Ausführung und die allem Anschein nach völlige Analgesie des Kranken bei dem einer Exartikulation der Hand fast gleichkommenden Eingriff. Während jedoch „scheußliche Selbstverstümmelungen“ ohne Anzeichen von Schmerz an sich bei Paralytikern nicht eben selten sind[1]) und wir einen Suizidversuch im Initialstadium der Paralyse auch nicht als etwas Ungewöhnliches ansehen dürfen, so steht die Form schwerer Selbstverstümmelung, wie sie hier beobachtet wurde, gewiß als sehr seltenes Vorkommnis, wenn nicht als Unikum, da. Wenigstens ist es mir nicht gelungen, in der einschlägigen Literatur einen dem unsrigen ähnlichen Fall ausfindig zu machen. Höchstwahrscheinlich besaß der Kranke, der als Turnlehrer systematisch ausgebildet war, gewisse anatomische Kenntnisse über den Bau des Handgelenks, die er bei seiner Tat automatisch verwertete. Daß er hierzu die linke Hand benutzte, ist mit von Hause aus bestehender Linkshändigkeit, durch die Ehefrau bezeugt, zu erklären.

Unser Fall verdient aber noch von einem anderen Gesichtspunkte aus einige Beachtung. Er zeigt wieder einmal die Schwierigkeiten, die sich häufig ergeben, wenn es gilt, einen Kranken mit initialer Paralyse, bei dem noch nichts Bedenkliches vorgekommen und auch nicht ohne weiteres von fehlender häuslicher Pflege oder gar Verwahrlosung gesprochen werden kann, geeignet unterzubringen. Denn da die zwangmäßige Überführung in eine geschlossene Heilanstalt hier kaum als unmittelbar notwendig im Sinne der üblichen Aufnahmebestimmungen zu bezeichnen war, der Kranke und seine Ehefrau aber von sich aus zunächst keinesfalls die Zustimmung zum freiwilligen Eintritt in eine derartige Anstalt gegeben hätten und doch

[1]) Vgl. unter anderen *Obersteiner*, Die progressive allgemeine Paralyse, 1908, S. 38.

auch wiederum sich nicht selbst überlassen werden konnten, so blieb als am nächsten liegende Maßnahme schließlich nur die interimistische Unterbringung in einem offenen, unter bewährter Leitung stehenden Sanatorium für Nervenkranke übrig, einer Heilstätte also, wie sie noch leidlich soziale Paralytiker ja oft genug für kürzere oder längere Zeit zu beherbergen pflegt. Hier aber mußte der unvorhergesehene rapide Verlauf der Erkrankung zu einer Katastrophe führen, die sich unter den naturgemäß strengeren Überwachungsverhältnissen einer geschlossenen Anstalt voraussichtlich hätte verhüten lassen.

Epilepsie und Sedobrol.

Von Anstaltsarzt Dr. **Böss** in Wiesloch i. B.,
Arzt in Illenau 1904—10.

Die Zunahme der Epileptiker in Irrenanstalten, besonders in den Pflegeanstalten, ist eine ebenso bekannte wie unangenehme Erscheinung. Gibt doch deren Häufung einer Anstalt ein ganz charakteristisches Gepräge, auffällig dem Fachkollegen schon beim einmaligen Durchgang, unangenehm fühlbar dem Kranken, der dort Heilung sucht. Man kann darüber verschiedener Meinung sein, ob es zweckmäßig sei, die Epileptiker in wenigen, bestimmten Bauten zusammenzudrängen, um anderen Kranken Auftritte zu ersparen, die unvermeidlich mit den unangenehmen Eigenschaften des epileptischen Charakters verbunden sind.

Mangel an Wahrheitsliebe, Neigung, falsche Tatsachen vorzuspiegeln, Verleumdungssucht und Reizbarkeit bis zu maßlosen Wutanfällen sind neben einem frömmelnden und bigotten Wesen, das in dieser Vergesellschaftung die Mitkranken besonders ärgert, die immer wiederkehrenden Klagen.

Auch für Wiesloch war ein großer Pavillon mit etwa 70 Betten ausschließlich für Epileptiker vorgesehen. Es hat sich aber bald als zweckmäßig erwiesen, die Anfallkranken nach ihrem geistigen Niveau zu sichten und in verschiedene Abteilungen zu verteilen. Dadurch häufen sich allerdings die hochgradig Dementen und besonders Pflegebedürftigen in gewissen Bauten, während dafür wieder die Aufnahmeabteilungen und die Pavillons für Genesende nur wenige Epileptiker dauernd beherbergen.

Wer, wie ich vor nunmehr 3 Jahren, sich plötzlich aus einer epileptikerfreien Anstalt (Illenau) in eine vorerst vorwiegende Pflegeanstalt versetzt sieht, die in der ersteren Zeit durch Übernahme aus anderen Anstalten mit besonders schweren Fällen saturiert wurde, der wendet naturgemäß unter den chronisch Kranken gerade den

ileptikern seine besondere Aufmerksamkeit zu. Sind doch hier
: therapeutischen Erfolge sofort in die Augen springend und deshalb
sonders ermutigend.

Nur zu bald tritt aber die Resignation ein. Statt Dauererfolgen
ist nur Augenblicksbesserungen, denen nicht selten Verschlimme-
ıgen sich anreihen, welche zeigen, daß man noch nicht auf dem
htigen Weg der Therapie ist. Das Probieren mit neuen Mitteln,
viel versprechen und wenig halten, beginnt. Eine pharmakologische
uheit nach der anderen fällt unrühmlich unter den Tisch. Man kehrt
schämt und reumütig zur alten einfachen Bromtherapie mit salz-
ner Kost zurück, deren Erfolge bisher am meisten befriedigten.

In neuerer Zeit haben nun die Veröffentlichungen der Züricher
hule und die hervorragenden Erfolge der schweizerischen Irren-
ıte in der Behandlung der Epilepsie das Aufsehen der Fachgenossen
egt und zur Nachprüfung aufgefordert.

Auch sie fußten auf der Erfahrungstatsache, daß eine salzarme
ist bei gleichzeitiger Bromdarreichung immer noch die besten
folge erzielt hat Statt sich, wie viele andere vorher im detaillierten
sbau von Diätvorschriften zu zersplittern, schalteten sie einfach
s Hauptsalzdepot der täglichen Nahrung, die Suppe, aus und setzten
deren Stelle eine Brühe, die das Brom in angenehmer Verbindung
t Suppenwürze enthielt. Zwecks leichter und genauer Dosierung
s Broms hatte die chemische Fabrik F. Hoffmann - La Roche & Co.
genannte Sedobroltabletten à 2 g hergestellt, die 1,1 g Brom-
trium enthalten.

Auch uns hat die genannte Firma zu ausgiebigen Versuchen
dankenswerter Weise ihr Präparat zur Verfügung gestellt.

Wenn nun auch die relativ kurze Zeit dieser Versuche (etwa
Monate) noch kein abschließendes Urteil erlaubt, so verfehle ich
ch nicht zu gestehen, daß das bisher Erreichte uns durchaus be-
edigt und zu weiteren Versuchen anspornt, besonders nachdem
iv.-Doz. Dr. *H. v. Wyss* in seinem Vortrag auf der letztjährigen
rsammlung der Internationalen Liga gegen Epilepsie die Forderungen
r Bromtherapie bei salzarmer Kost schärfer präzisiert und weitere
chtige Fingerzeige für die Behandlung gegeben hat.

Er sprach dort über die pharmakologischen Grundlagen der Brom-
erapie bei der genuinen Epilepsie und ging von der Tatsache aus, daß

sich im tierischen Körper, dem fortdauernd Brom verabreicht wird, allmählich immer mehr Brom anhäuft, unter gleichzeitiger Verminderung des Bestandes an Chlor. Die Bromanreicherung sei um so größer, je weniger Kochsalz gleichzeitig verabreicht werde.

Das zurückgehaltene Brom befinde sich als Ion im Blutserum, überhaupt in der Körperflüssigkeit. Dadurch, daß eine gewisse Menge von Chlor-Ionen durch Brom-Ionen ersetzt werde, bleibe der osmotische Druck gleich.

Außer dieser im Kreislauf beständig zirkulierenden Menge von Brom werde es auch in besonderen Depots angesammelt. In welcher Form, sei noch unbekannt. Nach neueren Untersuchungen funktioniere hauptsächlich die Haut als Bromdepot. Fand sich doch bei der Analyse von Leichenteilen zweier Individuen, die jahrelang wegen Epilepsie mit Brom behandelt worden waren, in der Haut das Dreifache an Brom gegenüber dem Blut.

Diese überraschende Tatsache dürfte nicht nur zum Studium der Bromaknefrage erneut anregen, sondern auch den Anstaltspraktiker auffordern, der von den Epilepsie-Kranken selbst so wohltuend empfundenen und in ihren Erfolgen manchmal überraschenden Dauerbadbehandlung vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken.

Die, allerdings wiederholt mißdeutete, Erfahrungstatsache, daß in manchen Fällen allein durch eine salzarme Kost ohne gleichzeitige Darreichung von Brom günstige Resultate erzielt wurden, und andererseits eine ausschließliche Brommedikation ohne Verminderung der Salzzufuhr Erfolge zeitigte, lasse ganz bestimmte Beziehungen zwischen beiden vermuten.

Dies Verhältnis zwischen Brom und Chlor im Körper zahlenmäßig festgestellt zu haben, ist das Verdienst *v. Wyss'*.

„Es hat sich nämlich gezeigt", schreibt er, „daß bei einem Individuum das zum Ausbleiben der Anfälle notwendige Chlordefizit im Blutserum, resp. das anzustrebende Verhältnis der Konzentration von Brom- und Chlor-Ionen, annähernd konstant ist oder doch nur in engen Grenzen schwankt; d. h. überschreitet die Anzahl der Chlor-Ionen im Blute einen gewissen Wert, so ist sofort die Möglichkeit eines Anfalls gegeben, der sich meist auch prompt einstellt. Bleibt dieser Wert gewahrt, so treten keine Anfälle auf. Dieses eigentümliche quantitative Verhältnis von Brom- und Chlor-Ionen gibt die Berechtigung zur Aufstellung des Schwellenwertes, d. h. derjenigen unter der Norm liegenden Chlor-Ionenkonzentration im Blutserum, die gerade das Auftreten der Krampfanfälle verhindert. Da der osmotische Druck unter allen Umständen gewahrt bleibt, entspricht der Verminderung der Chlor-Ionen eine Anreicherung an Brom-Ionen, und nun ist bei der Annahme einer Giftwirkung der Brom-Ionen dieses quantitative Verhalten doch rätselhaft, nämlich, daß es gerade eine bestimmte Anzahl von Brom-Ionen



aucht, so daß z. B. eine Dosis von 7,5 g Br Na genügt, nur 7 g aber
:ht. Praktisch am vorteilhaftesten ist es, unter dem Schwellenwert
n Quotienten aus der im gegebenen Fall notwendigen Menge von Grammen
ı Cl und Na Br im 100 ccm Serum zu verstehen.“

Nachdem *Froy* gezeigt hat, daß der Quotient $\frac{\text{Na Cl}}{\text{Na Br}}$ pro 100 ccm
r Harn- und Blutserum gleich ist, bezeichnet *v. Wyss* folgendes einfache
rfahren zur Bestimmung des Schwellenwertes: Der Epileptiker ent-
rt morgens nüchtern die Harnblase völlig. Darauf bekommt er ein
wöhnliches Frühstück mit der ersten Bromdosis pro die. Nach etwa
ıer Stunde wird der Harn spontan oder künstlich entleert und auf Brom
d Chlor analysiere. Als relativ einfache und zuverlässige Methode
ıpfiehlt er nach seinen und anderer Erfahrung die Chromsäure-Wasser-
offsuperoxydmethode.

Dieser Schwellenwert, annähernd konstant beim einzelnen Indi-
duum, variiere von Fall zu Fall. Sein Wert liege erfahrunggemäß zwischen
und 2. Er sei gewissermaßen der Maßstab für die Anfalldisposition.
nter Umständen zeige er periodische, aber dann auch regelmäßig ver-
ufende Schwankungen, z. B. bei menstruellem Anfallstypus, wo der
hwellenwert beim Eintritt der Menses sinke, was natürlich bei der
ıerapie berücksichtigt werden müsse.

Die erwähnte Konstanz gelte wohl nur für das irgendwie geregelte
ben des Epileptikers. Werde dieses gestört, etwa durch Traumen,
koholabusus, interkurrente Krankheiten usw., oder wenn es überhaupt
n vornherein ungeregelt sei, so werde natürlich die Bromtherapie ihr
el nicht erreichen. Aber bei ruhigem Gleichmaß der Lebensbedingungen,
e es das überwachte Anstaltsleben mit sich bringe, sei die Konstanz
ffällig gut.

Habe man also die günstigste Halogen-Ionenkonzentration im
utserum, die sich durch Ausbleiben der epileptischen Anfälle anzeigt,
ıpirisch bestimmt, so sei sie dauernd festzuhalten, um quasi als Haupt-
er Leitmotiv für die Behandlung zu dienen. Daraus folge konsequenter-
ise die enorme Bedeutung einer strengen Regulierung der Kochsalz-
'uhr bei konstanter Bromweitergabe.

Während man bisher das therapeutische Ideal in energischer lang-
ıernder Brombehandlung kombiniert mit Kochsalz e n t z u g ge-
ıen habe, sei jetzt die Salz r e g u l i e r u n g in den Vordergrund der
handlung zu stellen. Das Kochsalz sei quasi als Medikament mindestens
nso genau zu dosieren wie das Brom.

Bei richtiger Dosierung bleibe das Verhältnis der Konzentration
Brom- und Chlor-Ionen bei dem Einzelindividuum ziemlich konstant,
ausgesetzt, daß das Leben des Epileptikers auch im übrigen geregelt
ibe und (wie oben erwähnt) auch frei von Störungen jeder Art ge-
ten werde.



Daß nun diese Lebensregulierung außerhalb einer Anstalt nicht leicht und meist nur für relativ kurze Zeit möglich ist, leuchtet ohne weiteres ein. Hier hat die Anstaltsbehandlung einzusetzen.

Über die Notwendigkeit der Alkoholabstinenz bei jeder Art von Epilepsie braucht man kein Wort mehr zu verlieren.

Einige Schwierigkeiten bietet nur die Regelung der Diät. Aus Umfragen bei einer Reihe von Anstalten hat sich ergeben, daß keine derselben eine spezielle Epileptikerdiät, etwa wie sie *Rosenberg* vorschreibt, verabreicht. Man begnügt sich mit einer leicht verdaulichen Diät unter Bevorzugung laktovegetabilischer Kost.

Auch bei uns scheiterte der Versuch, eine besondere Epileptikerkost einzuführen, an technischen Schwierigkeiten. Außer einer Personalvermehrung wäre auch die Einrichtung einer besonderen Abteilung in der Kochküche notwendig geworden. Zu dieser Geld- und Raumfrage kamen auch noch Schwierigkeiten der Kranken selbst, die natürlich nicht einsehen wollten, daß ihnen plötzlich eine andere Kost zweckdienlicher sein sollte, zumal die gewöhnliche Kost, die den Nebenkranken verabreicht wurde, gerade die gewohnten Leckerbissen enthielt.

Wir behalfen uns deshalb damit, daß wir den Epileptikern in den Abteilungen, in denen wir die Versuche anstellten, regelmäßig eine leicht verdauliche Kost verabreichten, wie sie als sogenannte Krankenkost zum Unterschied von der Kost der III. Klasse (Hausmannskost) bereitet wird. Außerdem verzichteten wir auf die Suppen als Hauptsalzquellen der täglichen Nahrung und ersetzten sie durch eine Sedobrolbrühe, die nach Bedarf die nötige Menge Brom enthielt. Als Zusatz ließen wir in der Küche verschiedene Suppeneinlagen salzlos herstellen, so daß wir nur noch ganz vereinzelt Schwierigkeiten von seiten der Kranken finden.

Bei solcher Kostnorm bleibt der Köchin des privaten Haushaltes ein viel größerer Spielraum, so daß wir bei den Angehörigen von Epileptikern, die in unserer poliklinischen Behandlung stehen, nie auf Schwierigkeiten stoßen. Außer zu Suppen können die Sedobroltabletten auch als Sauce zu den verschiedensten Speisen gegeben werden. Große Bromdosen erhöhen naturgemäß entsprechend die Menge der täglichen Suppenwürze. Nachteile, etwa von Kreatin und Kreatinin, haben wir aber nicht gesehen. Geht die Brommenge



·r 6 g pro die hinaus, so setzen wir zwecks Verminderung der Würze teres Brom in Form von einfacher Lösung der Sedobrolsuppe zu.

Bei dieser Sedobrolbehandlung erreichten wir es, daß wir einer he anderer Mittel bei unseren Epileptikern entraten konnten Häufung von Anfällen, entweder zufällig oder im bestimmten nus, gaben wir nach Bedarf noch Amylenhydrat per Os oder sma; ja bei einem Kranken, dessen Anfälle nach bestimmten Pausen htlich wiederkehren, gelang es durch Amylenhydratzugabe wieder- t die erwarteten Anfälle zu verhindern.

Man darf sich aber nicht verhehlen, daß das Ideal der Epilepsie- andlung nicht darin gefunden werden darf, die Zahl der Anfälle glichst zu vermindern. Viel wichtiger ist bei der Epilepsie mit lenstörung das Gesamtbefinden des Kranken.

Erfahrunggemäß wird bei vielen Epileptikern die im anfallfreien adium zutage tretende innere Spannung, die sich in Reizbarkeit t Neigung zu Gewalttätigkeit äußert, durch einen Krampfanfall tladen, so daß dann auf lange Zeit hinaus wieder eine gleichmäßige friedene Stimmung Platz greift.

Bei der Sedobrolbehandlung ist es nicht selten möglich, mit der aktheit eines Experiments durch plötzliches Aussetzen des Broms er durch eine Kochsalzgabe diesen Krampfanfall auszulösen.

Naturgemäß eignet sich nicht jeder Fall von Epilepsie für die lobrolbehandlung. Für viele, namentlich veraltete Fälle wird n die zahlreichen Antiepileptika bzw. Hypnotika überhaupt nicht behren können. Bei Epilepsie im jugendlichen Alter, besonders Kindern, sollte aber niemals ein Versuch mit der Sedobrolbehand- g unterlassen werden. Zwei Fälle aus unserer poliklinischen Sprech- nde wurden, nachdem sie anderwärts mit unsicherem Erfolg be- idelt worden waren, mit Sedobrol derart gebessert, daß nicht nur Anfälle und nächtlichen Störungen ausblieben, sondern die Kinder h artiger und geistig regsamer wurden, so daß bei einem sogar erfolgreicher Versuch mit der Versetzung in eine höhere Schule nacht werden konnte.

In der Kinderpraxis fällt, mehr als bei Erwachsenen, die an- ehme Art der Medikation ins Gewicht.

Solange dem Kinde die Sedobrolbouillon ein Leckerbissen ist —



und dazu kann es jede Hausfrau gestalten —, ist die ununterbrochene Therapie gewährleistet, die allein Dauererfolge verspricht.

Einige Enttäuschungen, vorwiegend bei veralteten Fällen, sind auch uns nicht erspart geblieben. Wir glauben sie aber mehr einer noch nicht genügenden Erfahrung in der Handhabung der Methode als dieser selbst zuschreiben zu sollen. Die Sedobroltherapie ist es wert, in jedem Einzelfalle versucht zu werden. Vielleicht gibt uns sogar der mehr oder weniger günstige Ausfall des ersten Versuchs einen Anhalt dafür, wie der Fall prognostisch zu bewerten ist.

Praktisch beginnt man bei frischen Fällen, gewissermaßen einschleichend, mit einer Tablette, steigert von Woche zu Woche, bis man eine nahezu anfallfreie Zeit erreicht.

Hat man das nunmehr im Harn sich anzeigende günstigste Verhältnis zwischen Brom und Chlor bestimmt, dann kann man gleichzeitig Brom und weiterhin Kochsalz zu entziehen versuchen, und dadurch unter Einhaltung des empirisch gefundenen Schwellenwerts an Brom sparen.

Ich muß es mir aus Raummangel versagen, meine Erfahrungen durch statistische Zahlen zu belegen und behalte mir Näheres für eine besondere Abhandlung vor.



ie Regenten des Julisch-Claudischen Kaiserhauses ı historischer, genealogischer und psychiatrischer Beleuchtung.

Von Dr. **Ernst Müller**, Oberarzt in Waldbroel,
Arzt in Illenau 1905—06.

Wohl selten hat eine Epoche der Weltgeschichte das Interesse dauernd gefesselt wie die römische Kaiserzeit, deren erste 100 Jahre an die schönste Zeit des Menschengeschlechts genannt hat. Dieses ikulum deckt sich etwa mit der Regierung des Julisch-Claudischen aiserhauses, dessen Begründer Augustus durch Errichtung des aisertums die größte Umwälzung während der ganzen römischen schichte vollzog. Wenn auch die Lichtseiten dieser Zeit bedeutend erwiegen, darf doch auch der Schattenseiten nicht vergessen werden, e, wie ein Teil des Lichts, von dem jedesmaligen Imperatorenhofe sgingen, von den Herrschergestalten der fünf ersten Cäsaren, mit nen wir uns nun näher befassen wollen. Da diese zum Teil schon n römischen Schriftstellern so verschieden dargestellt worden sind, ll ich an der Hand alter und neuer Literatur versuchen, zunächst Charaktere der fünf Kaiser so zu zeichnen, wie sie der Wirklichkeit nächsten kommen, um dann darzutun, wie sich dieselben genea-isch erklären lassen, und schließlich auf die Psyche dieser Männer en Lichtblick werfen, was mir im Hinblick daraufhin erlaubt sein rfte, daß schon antike Schriftsteller geistige Abnormitäten an igen von ihnen registrierten. Um nicht zu weitläufig zu werden, re ich nur die wichtigste Literatur an.

Augustus. — Über Augustus wird von Tacitus kein eigentliches teil gefällt, aber zwischen den Zeilen liest man, daß er ihn für einen nn hält, der es verstanden hat, mit den Bürgerkriegen aufzuräumen, en neuen, geordneten Rechtsstaat aufzurichten und dadurch dem chöpften römischen Volk endlich die ersehnte Ruhe zu bringen.



Sueton erwähnt die Abstammung des Augustus von der alten, reichen und angesehenen Ritterfamilie der Oktavier, bezeichnet ihn als grausam in seiner Jugend und später nicht einmal vor Verschwörern des niedrigsten Standes sicher, fügt aber hinzu, daß er milde und leutselig war und sehr geliebt wurde. In sexualibus schildert er ihn als sehr frivol und erklärt das zum Teil aus politischen Motiven. Von dem Großoheim des Augustus, Julius Cäsar, berichtet er, daß er an der fallenden Sucht gelitten habe, zuweilen in Ohnmacht gefallen und während des Schlafes aufgefahren sei, ferner daß er stark sexuell veranlagt und homosexuell gewesen sei. Nach ihm zeigte er neben großen Eigenschaften Schattenseiten; er erpreßte Geld, vergriff sich an Tempelschätzen und nahm übertriebene Ehren an wie Götterpolster, Tempel und den Kultus seiner Person.

Plutarch schildert den Großoheim des Augustus, Caesar, als großen Mann, der aber hochfahrend und herrschsüchtig war, die Freiheit vernichtete und nach dem Königstitel strebte.

Seeck sagt von Caesar, es sei genial von ihm gewesen, die verrottete Senatsregierung durch die Monarchie zu ersetzen.

Beulé äußert über Augustus, daß er als junger Mann ohne alle Moralität war und Freude am Blutvergießen hatte. In bezug auf seine Sinnlichkeit sagt er dasselbe wie Sueton. Er erwähnt seinen vorausschauenden und vielumfassenden Geist, sein Glück in der Auswahl der Freunde, seine Prachtliebe, einfache Lebensweise und die mit seinem Palast verbundene öffentliche Bibliothek. Beulé ist der Ansicht, Livia hätte Augustus zum Herrn der Welt gemacht; die Kaiserzeit habe die Kunst der Republik nur fortentwickelt, die wahre Kunst könne sich nur bei einem freien Volke entwickeln, und spricht von ewiger durch Augustus heraufbeschworener Knechtschaft des römischen Volkes.

Von Hertzberg wird Augustus Regenerator des Landes genannt, seine durch ihn eingeleitete Provinzialpolitik sehr wohltätig für die Provinzen. Des weiteren hebt er die großartigen Straßenbauten hervor, die er inaugurierte.

Ranke spricht von einer Gewandtheit und Umsicht des Augustus, mit der er die einheitliche Gewalt gegründet hat, die an Genialität grenzt, von einer Unentbehrlichkeit der Autorität des Kaisertums für die damaligen Zustände und davon, daß das Cäsarische Haus allenthalben die Celtische Bewegung bewältigte. Tacitus habe Augustus manchmal nicht richtig beurteilt.

Aus der angeführten Literatur kann man den Charakter des Augustus genügend erkennen. Er war ein außerordentlicher Mann, den man wohl Napoleon I., schon wegen der Ähnlichkeit des Emporkommens, an die Seite stellen kann, wenn er diesen in mancher Beziehung auch nicht erreicht. Napoleon hat sich jedenfalls besonders für ihn interessiert und sich ihn bei mancher seiner Regierungshandlungen zum Muster genommen. Aus dem Studium der kritischen Geschichtsliteratur erhält

n einen etwas anderen Eindruck über den ersten römischen Kaiser durch die Schulgeschichtsbücher, in denen er moralisch frisiert ereint. Augustus hatte einen eisernen Willen; die von seinem genialen ɔßoheim stammende Idee, die korrumpierte Senatsherrschaft durch Monarchie zu ersetzen und dem durch fortwährende Bürgerkriege rissenen Weltreich wieder aufzuhelfen, hat er in rücksichtloser Weise n zweitenmal durchgesetzt, wobei ihm die Erlauchtheit seines Gelechts sowie das Pietätsgefühl gegen seinen so scheußlich hingemordeten ßen Verwandten sehr zustatten kam. Seine sowie der anderen Fürsten ten im einzelnen zu schildern, ist hier nicht der Ort, ich will nur seinen ɪrakter weiter zeichnen; er war ein kluger Mann, der, um mit Ranke reden, bei der Gründung der einheitlichen Gewalt eine Gewandtheit l Umsicht offenbarte, die an Genialität grenzt. Augustus war stark nlich veranlagt und soll seine Sexualität sogar in den Dienst der Politik tellt haben.

Vom republikanischen Standpunkt aus schildert ihn Beulé; er ßt Augustus kein eigentliches Verdienst um die damalige Literatur-d Kunstperiode bei, sondern gibt ihm sogar eine durch ihn damals raufbeschworene dauernde Knechtschaft des römischen Volkes Schuld. ɪgegen bin ich der Ansicht, daß er, wie schon Caesar, die Kunst- und teraturperiode mitherbeigeführt hat, die dann wieder dem Einheitsdanken und der Weltherrschaft zugute kam. Daß der Kaiser mit der ɪfrichtung des Prinzipats etwas Gutes geleistet, beweist eben die mit n zur Erscheinung gekommene kulturelle hohe Blüte, ähnlich wie nach r größten deutschen Umwälzung, der Reformation mit ihren Folgen, dann einsetzende Literaturperiode zeigte, daß die Reformation etwas ıtes gewesen war. Wenn Beulé noch sagt, der Fürst hätte seiner Frau via die Weltherrschaft zu verdanken, geht er zu weit; das Verhältnis s Augustus zu seiner Frau Livia ist etwa so aufzufassen, wie das Napoleons Josephine, indem er wohl durch kluge Ratschläge derselben gefördert, ɔhl auch zeitweise von ihr beeinflußt wurde, jedoch immer selber wußte, ıs er wollte, und sein eigener Herr blieb.

Fast alle Historiker geben in gleicher Weise an, daß die römische elt zur Zeit des Augustus der Alleinherrschaft bedurfte, um eine weitere deihliche Entwicklung des Weltreichs zu ermöglichen, daß er also als r Mann erscheint, der mit der Errichtung des Kaisertums eine große, lthistorische Mission erfüllt hat.

In *genealogischer* Beziehung muß erwähnt werden, daß ɪgustus mütterlicherseits aus der vornehmsten römischen Adelsfamilie r Julier stammte, die sich auf einen göttlichen Ursprung zurückführte d jahrhundertelang die höchsten Staatsämter bekleidet hatte. Väterherseits leitete sich sein Geschlecht von der alten, angesehenen Rittermilie der Octavier ab. Nach Lorenz sind nun bei den Vorfahren jedes ɛnschen zusammengenommen alle Eigenschaften vorhanden, die es

überhaupt gibt; es handelt sich also darum, die Altvorderen ausfindig zu machen, bei denen wir die Charakterzüge wieder erkennen, die der zu Untersuchende aufweist, um zu zeigen, welche Persönlichkeiten bei der Vererbung eine ausschlaggebende Rolle gespielt haben. Daß man auch Julius Caesar in genealogischer Hinsicht heranziehen kann und muß, obwohl er als Großoheim keine Eigenschaften auf den Großneffen vererben konnte, leuchtet ohne weiteres ein, wenn man beide Männer gegeneinander hält: dieselbe Herrschsucht, dieselben großzügigen Ideen, dieselbe Energie und Rücksichtslosigkeit, wenn es gilt, ein Ziel zu erreichen, dieselbe Vorliebe für das Kriegswesen, feine Bildung, Freigebigkeit, Gabe zu reden und zu schriftstellern, dieselbe sexuelle Frivolität. Allerdings erscheint einiges bei Cäsar in höherer Qualität. Man kann an dem Kaiser das nach dem Höchsten und nach Bildung und Genuß strebende Julische Blut, die durch einen gemeinsamen Julischen Ahnen, der nicht besonders auffiel, vererbte geistige Verwandtschaft mit seinem Großoheim Caesar und die mehr Tüchtigkeit und Einfachheit zeigenden Eigenschaften des Octavischen Hauses erkennen. Allerdings gebe ich zu, daß Zeitumstände, Erziehung und die Adoption des Augustus durch Caesar für die Charakterbildung des ersteren eine gewisse Rolle gespielt haben, jedoch vermögen solche mehr äußere Anlässe nicht die angeborenen Naturanlagen ganz umzuändern, also muß ich in meiner Meinung verharren, daß die ähnlichen Eigenschaften Augustus' und Caesars nicht bloß auf Zufall, sondern auf Vererbung beruhen.

Die auf uns gekommenen Bildnisse des Augustus verraten Klugheit, Hoheit, edle Bildung, Energie, gegebenenfalls Gewalttätigkeit, Kälte und Ruhe.

In psychiatrischer Hinsicht muß festgestellt werden, daß Augustus selbstverständlich geistig ganz normal war. Seine an Grausamkeit erinnernden Taten während der Bürgerkriege finden ihre Erklärung durch die geschichtlichen Verhältnisse: Er mußte so vorgehen, um sein und im Einklang damit des römischen Volkes Ziel zu erreichen. Man kann auf ihn das Sprüchwort anwenden, wo viel Licht ist, muß auch viel Schatten sein. Jedenfalls werden seine schlechten Eigenschaften reichlich durch die guten aufgewogen.

Tiberius. — Nach Augustus' Tode ergriff sein Stiefsohn Tiberius die Zügel der Regierung; aus der Literatur erfahren wir folgendes über ihn:

Tacitus: Er ließ beim Regierungsantritt den Agrippa Postumus ermorden. Weil seine Gattin Julia ihn verschmähte, zog er sich auf die Insel Rhodus zurück. An den Gerichtssitzungen nahm er teil und zeigte sich gerecht, indem er dabei mehr der Wahrheit als der Freiheit diente. Manchmal zeichnete er sich durch edle Gesinnung und ehrenwerte Schenkungen aus, führte aber das Majestätsgesetz wieder ein und dadurch die Klasse der Delatoren. Als der falsche Agrippa, ein Sklave, Aufsehen erregte,

nd derselbe Anklang bei vielen aus dem Hause des Fürsten, sogar bei natoren und Rittern. Seinen Neffen und Adoptivsohn Germanicus ndte Tiberius von seiner kriegerischen Laufbahn in Germanien hinweg ch Asien, wo er scheinbar durch Gift des ihm unterstellten Piso zugrunde ıg. Gegen weibliche Ausschweifungen im Ritterstande ließ er scharfe natsbeschlüsse fassen. Er fürchtete die Freiheit und haßte die Schmeiche-. Den erlauchten Ritter Titius Sabinus kerkerte er wegen seiner der milie der älteren Agrippina gewidmeten Ergebenheit ein. Die Delatoren ırzte er auch. Als Sejans Verschwörung entdeckt worden war, fand ein ausiges Morden unter den Anhängern und Verdächtigen statt. Sextus ırius, den reichsten Mann Spaniens, ließ der Kaiser wegen angeblicher utschande mit seiner Tochter hinrichten, während er dessen Goldgruben sich behielt. Beim Tod der älteren Agrippina wurden vom Senat ırliche Dankopfer bestimmt. Unter Tiberius griff eine Selbstmord-idemie Platz, teils aus Furcht vor dem Henker, teils weil Bestattung r Verurteilten verboten und ihre Güter konfisziert wurden. Auf Capri händete er sich durch ausschweifende Sinnlichkeit. Der Prätorianer-äfekt Macro erstickte den Kaiser, als er dem Verscheiden nahe war, ırch Decken.

Ranke sagt von Tiberius' Geschlecht der Claudier, seine Mitglieder tten sich durch Standhaftigkeit und Energie einen großen Namen macht. Des Kaisers Feldzüge nennt er große Kriegstaten. Der Tod s Agrippa sei wahrscheinlich auf einen Befehl des Augustus hin erfolgt; n Tod des Germanicus habe Tiberius nicht veranlaßt. Der älteren rippina und ihren Söhnen müßten Entwürfe zu einer Empörung nach-wiesen gewesen sein, sonst würde sie der Fürst nicht haben verderben ssen. Letzterer sei höchstwahrscheinlich eines natürlichen Todes ge-orben. Er habe eine große, welthistorische Mission erfüllt durch die llständige Eröffnung der Alpen, die Überwältigung Pannoniens, einige folge in Germanien, die Beendigung der Germanischen Kriege und das ıfrechterhalten der autoritativen, aus den Bürgerkriegen hervorgegangenen acht, wodurch die allgemeine Ordnung behauptet wurde. Er sei ein borener Herrscher, aber kein großer Mann gewesen. Tacitus habe berius manchmal nicht richtig beurteilt, seine Schilderung vom Tod s letzteren — Ersticken kurz vor dem natürlichen Lebensende — sei haltbar.

Parsenow: In Rom war der Pöbelhaß gegen die hochmütigen Claudier richwörtlich. Das Claudische Haus befand sich zweifellos im Stadium r Dekadenz: Tiberius war linkshändig und tagblind, bekam plötzliches ıschwellen des Gesichts, erschrak leicht, trank, war menschenscheu, ßtrauisch und unentschlossen. Er war eine von Haus aus großartig gelegte Natur, aber geisteskrank. Er fastete 4 Tage, war das ein Anfall n Tiefsinn? Seiner früheren Frau Julia ließ er die Nahrung entziehn. er Kaiser war grausam, ein Bluthund. Die Provinzen segneten sein



Regiment. Es kontrastierte bei ihm geniale Fähigkeit und Wahnsinn. Seit Beginn des 40. Lebensjahres war er marastisch, auf Capri der Vertierung nahe. Seine sexuelle Psychopathie ist wahrscheinlich eine Begleiterscheinung der senilen Demenz.

Dury: Das Urteil der Geschichte über den Fürsten ist gerecht, aber andere haben auch Schuld an seinen Taten: unter anderen die Senatoren, Agrippina und Sejan.

Schedlbauer: Sybel behauptet, daß bitterer Haß das Bild des Tiberius entworfen hat, wie es bei Tacitus, Sueton und Dio Cassius vorliegt, daß aber auch Stahr und Freitag nicht das richtige Bild gegeben.

Wiedemeister: Tiberius ist einer Konsanguinitätsheirat entsprossen. Er ging nach Rhodus, weil er an Melancholie litt; die vier Fasttage in Rom sind auch ein Symptom dieser Erkrankung. Auf Rhodus vernachlässigte er sich in seiner Kleidung und versteckte sich manchmal, weil er an Verfolgungswahn litt. Seine Weigerung vor dem Senat, die Regierung zu übernehmen, war auch eine Folge seiner Melancholie. Schließlich wurde er blödsinnig und starb an Apoplexie. Seine Grausamkeit war die Folge einer hereditären Anlage und seiner Geisteskrankheit.

Tiberius ist so verschieden dargestellt worden, daß ich zunächst die Charakteristik seiner Persönlichkeit geben will, die die meiste Wahrscheinlichkeit für sich hat, um dann zu den verschiedenen übrigen Ansichten Stellung zu nehmen. Der Fürst hat, wie Ranke sich etwa ausdrückt, eine große, welthistorische Mission erfüllt, sowohl durch seine Erfolge auf militärischem und diplomatischem Gebiet — die oben näher beleuchtet sind — als durch Aufrechterhalten der autoritativen, aus den Bürgerkriegen hervorgegangenen Macht, wodurch die allgemeine Ordnung behauptet wurde. Die Privilegien des Adels brach er und führte eine gerechte Rechtspflege, ein geordnetes Finanzwesen und eine musterhafte Provinzverwaltung ein, die militärische Zucht und Disziplin verstand er zu erhalten. Tiberius war ein großer Feldherr und ein sehr kluger Mann, manchmal edel und freigebig, im übrigen schweigsam, herrschsüchtig, hochfahrend, sarkastisch, wenig zugänglich, mißtrauisch und bis zur Grausamkeit hart. Man hat ihn mit Friedrich dem Großen verglichen, der Vergleich hinkt aber deshalb, weil Tiberius grausam war und man den Beherrscher eines Weltreichs nicht leicht mit dem Fürsten eines relativ kleines Landes vergleichen kann; gemeinschaftliche Züge hatten freilich beide.

Im einzelnen muß noch erwähnt werden: Über seiner Jugend hatte der Schatten der letzten Revolution geschwebt, am Kaiserhofe wurde er als Stiefkind behandelt, die Trennung von seiner Frau Vipsania stimmte ihn traurig, ebenso die Exzesse seiner zweiten Frau, der Augustustochter Julia. Schlechte Behandlung von seiten des Hofes, seine häuslichen Verhältnisse und die Nachstellungen des Kaiserlichen Prinzen Gaius veranlaßten ihn, nach Rhodus ins Exil zu gehen. Sein Leben bis zum



ntritt seiner Regierung im 56. Lebensjahr war tadelsfrei. Gleich beim eginne derselben erfuhr er Opposition durch den Adel des Senats, mit m er von nun an auf Kriegsfuß stand. Seinen Adoptivsohn Germanicus f er von seinem Feldzuge in Deutschland, wo er nicht viel ausgerichtet, nweg und schickte ihn zur Lösung politischer Wirren nach dem Orient, o er einige Zeit darauf starb. Das Majestätsgesetz führte er wieder ein, eil er es brauchte, da immer wieder gegen ihn Front gemacht wurde. ei den Verurteilungen ging er manchmal mit Härte vor. Die Prätorianer- iserne verlegte er auf den Rat seines Freundes Sejan hin nach Rom, as ihm auch Feinde zuzog. Sein jugendlicher Sohn wurde durch den od hinweggerafft. Der Kaiser verließ später Rom und siedelte aus Furcht or Nachstellungen, weil er die Herrschsucht seiner Mutter fürchtete id menschenscheu und verbittert war, auf die Insel Capri über, während Sejan zum Mitregenten ernannte und für sich in Rom regieren ließ. it des Fürsten Einverständnis wurden die ältere Agrippina und ihre eiden ältesten Söhne dem Verderben preisgegeben, offenbar weil ihnen ntwürfe zu einer Empörung nachgewiesen worden waren. Da Sejan ochverräterische Absichten hegte und eine Verschwörung anzettelte, urde er mit seinen Anhängern hingerichtet, wobei ein grausiges Blutbad attfand. Tiberius wurde immer menschenscheuer und starb mit 78 Jahren nes natürlichen Todes.

Tacitus sagt, der Kaiser habe, indem er an den Gerichtssitzungen ilnahm und gerecht richtete, mehr der Wahrheit als der Freiheit gedient. ieser aus einem republikanischen Herzen kommende Gedanke beleuchtet ie Parteiergreifung des Historikers für den seiner Privilegien beraubten publikanischen Adel. Von Tacitus wird Tiberius als bluttriefender yrann dargestellt, der auch noch sein Alter durch schmähliche Aus- hweifungen geschändet habe. Ich halte den Taciteischen Bericht über iberius nicht für in den Hauptereignissen unrichtig, weil ich denke, daß, enn auch Tacitus einseitig gefärbte Berichte vorgelegen haben mögen nd es der Tendenz der Zeit, in der er schrieb, entsprach, das ausgestorbene egentenhaus in schwarzen Farben zu schildern, er doch wenigstens der llgemeinen Meinung über den Fürsten Rechnung getragen haben wird. aß die vielen erwähnten Hinrichtungen und Selbstmorde unter seiner egierung zum guten Teil nur auf Erfindung beruhen sollten, kann ich icht glauben. Tiberius wurde viel angefeindet und war Nachstellungen isgesetzt, so daß sein Mißtrauen in der Hinsicht begründet war. Wenn einen freundlicheren, milderen, zugänglicheren Charakter gehabt hätte, äre er wohl weniger angefeindet worden, er hätte dann auch weniger rund gehabt, mit grausamer Härte einzuschreiten. Seine Grausamkeit itwickelte sich allmählich mit seiner zunehmenden Unbeliebtheit und lenschenscheu. Den Senatoren, die ihn von Anfang an reizten und selbst ft vor Servilität grausamer waren wie er, sowie Agrippina und Sejan t gewiß auch ein Anteil an der Schuld beizumessen, den um sein Andenken



bei der Nachwelt besorgten Imperator in einen grausamen Mann zu verwandeln. Ich glaube aber nicht, daß Tiberius sein Alter durch Ausschweifungen geschändet hat. Das paßt gar nicht zu seinem Charakter und zu seiner früheren Lebensweise und beruht sicher auf Erfindung; so revanchierte sich der Adel für die erlittene Unbill.

Stahr, der eine Rettung des Tiberius geschrieben, steht auf dem Standpunkt, daß dieser im Grunde eine gute und edle Natur gewesen und erst in der letzten Periode seines Lebens schlimm, menschenfeindlich und verbittert geworden sei, aber nicht durch eigene Schuld, sondern durch außer ihm Liegendes und besonders durch zeitweilige Geistesgestörtheit. Was Stahr sagt, muß zum Teil unterschrieben werden, aber aus dem Vorhergehenden leuchtet ein, daß der Fürst hauptsächlich durch seinen finsteren Charakter selbst die Schuld daran trug, daß er angefeindet wurde und nun seinerseits verbittert, menschenfeindlich und grausam wurde. Weiter unten will ich nachzuweisen versuchen, daß von einer ausgesprochenen Geistesstörung des Kaisers nicht gesprochen werden kann.

Genealogisch verdient Erwähnung, daß Tiberius von väterlicher wie mütterlicher Seite von dem edlen Geschlecht der Claudier abstammte, dem vornehmsten nächst dem Julischen, deren Mitglieder sich nach Ranke durch Standhaftigkeit und Energie einen großen Namen gemacht hatten. Der Kaiser war also aus einer Konsanguinitätsheirat hervorgegangen — indessen die Verwandtschaft war keine ganz nahe. Muß er als einer der bedeutendsten seines Stammes bezeichnet werden, so hafteten ihm ebenso und im besonderen Maße dessen Fehler an, er war besonders sarkastisch, bitter, hochfahrend und dazu sogar grausam. Man kann geneigt sein, an diesem Beispiel die typische Wirkung der Konsanguinitätsheirat zu finden. Gute wie schlechte Eigenschaften erscheinen vergrößert. Seine Mutter war eine geistig bedeutende, kalt berechnende Frau, die sich um das Prinzipat große Verdienste erwarb, besonders weil sie stets für den Frieden im Kaiserhause eintrat.

Das bekannte Standbild des Tiberius im Vatikan, das ihn sitzend als Jupiter darstellt, verrät neben körperlicher Schönheit majestätische Würde, hohe Geistesgaben, feine Bildung, Festigkeit und einen Zug von menschenverachtender Bitterkeit.

In psychiatrischer Beziehung ist wichtig, daß einige Autoren von seiner melancholischen Natur, Stahr, Parsenow, Beulé, Schedlbauer und Wiedemeister sogar von Geisteskrankheit des Princeps sprechen. Mit Parsenow und Wiedemeister muß ich mich in den Hauptpunkten auseinandersetzen, da sie das Thema am ausführlichsten berühren. Der erstere Autor hält Tiberius für degeneriert, welcher Ansicht ich jedoch nicht bin, ich halte ihn aber für einen auffallenden Charakter, mit welcher Bezeichnung ich sagen will, daß er außerordentliche Eigenschaften hatte neben solchen, die ihn auf der Grenze nach der Degeneration hin stehend erscheinen lassen. Parsenow erwähnt des weiteren, daß Tiberius 4 Tage



stete, bevor er seine Reise nach Rhodus antrat. An der Wahrheit dieser berlieferung hege ich einen leisen Zweifel; ich halte es nicht für ausschlossen, daß er damals wirklich 4 Tage fastete, um Augustus zu zwingen, n nach Rhodus ziehen zu lassen, jedoch wäre das ein Zeichen von außerwöhnlicher Standhaftigkeit gewesen. Darin ein Symptom der Melancholie erblicken, halte ich darum nicht für richtig, weil dann Tiberius gewiß iter gefastet und in Rom geblieben wäre oder wenigstens in Rhodus iter gefastet hätte, was beides nicht geschah. Es war das, wenn die ichricht richtig ist, eine Pression auf Augustus, die in der Form kaum aubhaft ist. Seine Grausamkeit gebe ich zu, sie beweist aber weder generation noch Irrsinn, und ich habe schon oben dargelegt, unter lchem Gesichtspunkt sie zu betrachten ist. Daß Tiberius seit seinem . Lebensjahre marastisch gewesen sei, glaube ich nicht. Der Kaiser ır bis zum Schluß seines Lebens intelligent, tätig, einer der schönsten inner seiner Zeit und nie ernstlich körperlich krank. Daß in seinem heren Alter seine geistige wie körperliche Spannkraft nachließ, gebe ı zu. Da der Autor bei diesem Fürsten Cäsarenwahnsinn annimmt, öchte ich entgegnen, daß ich an ihm keine Art von Wahnsinn entdecken nn. Über den Cäsarenwahnsinn als solchen werde ich mich gegen das ıde meiner Darlegung verbreiten.

Wiedemeister sagt, Tiberius sei nach Rhodus gegangen, weil er Melancholie litt. Er hatte allerdings Grund verstimmt zu sein, denn n seiner ersten Frau Vipsania, die er liebte, mußte er sich, wahrscheinlich f Befehl des Augustus, scheiden lassen, um sich mit des Augustus Tochter ılia zu verheiraten, deren Zügellosigkeit ihm Kummer bereitete; außerm sah sie auf ihn herab, der Hof behandelte ihn trotz seiner bedeutenden rdienste schlecht, und Prinz Gaius stellte ihm nach. Ob das alles hincht, eine Melancholie zu erklären? Ich glaube nicht. Augustus würde berius nicht hart bestraft haben, wenn er an Vipsania festgehalten tte, aber dieser erstrebte das Höchste und ließ sich deshalb die Heirat t Julia gefallen. Das zeigt, daß die Herrschsucht in Tiberius die Liebe Vipsania überwog, also durch die Scheidung keine Melancholie enthen konnte. Die Krankheit sei in Rhodus daran zu erkennen gewesen, ß er sich in seiner Kleidung vernachlässigt und aus Furcht vor Nachllungen manchmal versteckt habe. Eine Vernachlässigung in der eidung braucht noch keineswegs für Geisteskrankheit zu sprechen. ı ihn Prinz Gaius schon in Rom ernstlich verfolgte, hatte er allen Grund, f Rhodus vorsichtig zu sein. Übrigens verkehrte er damals mit Gelehrten d trieb eifrig Studien, was ein Melancholiker wohl schwerlich getan ben würde. Wenn weiter behauptet wird, Tiberius habe zur Zeit seines gierungsantritts sich geweigert, die Herrschaft zu übernehmen, weil an Melancholie litt, so bin ich der Meinung, daß er sich sträubte, die gierung zu übernehmen, weil er es lieber sah, dieselbe legaliter wie ıgustus aus den Händen des Senats zu empfangen, besonders weil er



kein natürlicher Sohn des Augustus war. In dieser seiner Handlung kann ich nur feine Diplomatie erblicken, aber keine Melancholie, weil er in Wirklichkeit, wie die folgende Zeit lehrt, an alles andere als daran gedacht hat, die Macht wieder aus der Hand zu geben. Der Kaiser litt auch nicht an Verfolgungswahn, denn wie schon erwähnt, war er oft genug Nachstellungen ausgesetzt, so daß sich seine Gedanken ganz natürlicherweise in solchen Bahnen bewegten. Da sich Parsenow und Wiedemeister zum Teil wenig kritischer antiker Quellen — Sueton beziehungsweise Dio — bedienen, habe ich geglaubt, nicht auf alle Punkte eingehen zu müssen. Hiermit glaube ich dargetan zu haben, daß Tiberius zwar ein auffallender Charakter, aber geistesgesund war. Seine Gemütsstimmung war, das gebe ich zu, infolge vieler harter Schicksalsschläge melancholisch gefärbt, aber er war kein Melancholiker im Sinne eines Geisteskranken.

Caligula. — Auf Tiberius folgte sein Großneffe Caligula. Der Literatur entnehme ich:

Tacitus sagt: „selbst Kaiser Gaius' Geisteszerrüttung schwächte nicht seiner Rede Kraft".

Sueton: Der Fürst wurde von Livia und seiner Großmutter Antonia erzogen und war eine wilde, wollüstige Natur. Er schlug eine Brücke von Bajä nach den Dämmen von Puteoli, ließ sich als Gott verehren, nötigte seinen Schwiegervater Silamus zum Selbstmord und verkehrte sexuell mit seinen Schwestern. Von seiner liederlichen Gattin Caesonia hatte er ein Kind. Caligula war grausam gegen seine Verwandten, Gefangene ließ er mit wilden Tieren fechten, weil es an Tierfutter fehlte, kurz vor seinem Tode wollte er die angesehensten Männer umbringen und die Legionen vernichten, die seinen Vater belagert hatten. Der Kaiser litt erst an Epilepsie, dann an Schwindelanfällen — er habe selbst gefühlt, daß es mit seinem Verstand nicht richtig sei —, ferner an Schlaflosigkeit und aufregenden Träumereien. Caligula sprach gut, tanzte, sang und trat als Kämpfer und Wagenlenker auf.

Ranke: Der Kaiser hatte die Manie, unumschränkter Herr und Gott sein zu wollen, war grausam, verfolgte die reichen Ritter wegen seines Geldmangels und ließ seinen reichen Verwandten Ptolemäus von Mauretanien umbringen.

Parsenow: Alles ist irrsinnig an Caligula. Nach achtmonatiger Regierung bekam er vermutlich Gehirnentzündung und nach seiner Genesung den Göttlichkeitsrappel. In Alexandria ließ er 30 000 Juden erschlagen. Charakteristisch ist für die blutigen Tyrannen die Maßlosigkeit aller Entwürfe. Der Cäsarenwahn ist gewissermaßen eine Verbindung von Größen- und Verfolgungswahn.

Beulé: Caligula hat in seiner Verrücktheit die Bildsäulen des Virgil zerstören lassen.



Mommsen: Die nichtigen Gedanken des letzten Julischen Kaisers ·aius) schweiften wohl auch über den Ozean hinüber, aber ernste Dinge rmochte er nicht einmal zu planen. Abgesehen davon, daß er verständige nrichtungen des Tiberius rückgängig machte, z. B. das eingezogene ｜nigreich Kommagene wiederherstellte, gönnte sein törichter Neid m toten Kaiser den in Armenien erreichten Erfolg nicht, er setzte den önig Mithradates von Armenien ab, und die Parther ergriffen von dem rrenlosen Land Besitz. Der Kaiser hielt sich, so ernsthaft es sein verrter Geist vermochte, für einen wirklichen und leibhaftigen Gott. ommsen nennt Caligula einen Unhold.

Wiedemeister: Der Fürst zeigte eine stumpfe geistige Apathie, geborene Geistesschwäche. Nach der Erkrankung im 8. Monat seiner gierung wurde er wahnsinnig.

Plutarch sagt über den Urgroßvater des Kaisers, Marc Anton: Er igte sich in seiner Jugend als glänzender Feldherr, war ruhmredig, ckte gern andere, trank unmäßig, war sexuell lasziv, sehr freigebig, chtsinnig, zeigte sich hart gegen Bedrückte, verschwendete, verkehrte it Kommödianten und ließ sich von Frauen beherrschen. In bedrängter ige hingegen konnte er sehr einfach sein. Antonius erpreßte Geld und ihm edlen Bürgern ihr Vermögen, um es an Nichtswürdige zu verschenken. ı Cleopatra und ihre Söhne von ihm verteilte er römische Provinzen. ine Mutter stammte aus dem Julischen Geschlecht.

Seeck über Antonius: Er führte ein verlottertes Leben, prostituierte ch, machte Schulden und warf das Geld nur so weg. Sein Charakter ar ein Gemisch von Willensschwäche und Tatkraft. Der Vater des ntonius hatte das Familiengut durchgebracht.

Wenn wir die Literatur über Caligula übersehn, können wir, trotzdem e Überlieferung in märchenhafter Weise getrübt ist, folgendes über inen Charakter und sein Leben feststellen.

Der Fürst war in seiner Jugend epileptisch gewesen und litt an chlaflosigkeit. Er gab, auf den Thron gelangt, zunächst liberale Vergungen, um sich beliebt zu machen, und trieb maßlose Verschwendung. achdem er etwa ¾ Jahr lang regiert hatte, verfiel er in eine schwere rankheit, von der er genas; seitdem war er verändert. Seine große erschwendung hatte durch ungeheuere Bauten, das luxuriöse Hofleben, ırch Spiele und Donative den von Tiberius angehäuften Staatsschatz schöpft. Nun führte er das Majestätsgesetz wieder ein und füllte durch onfiskationen der Verurteilten die leeren Kassen. Auch gegen seine erwandten wütete er durch Mord. Caligula wollte ein Gott und unumhränkter Herr sein, trat alles Recht und allen Anstand mit Füßen, bte sehr lasziv, verheiratete sich mit einer berüchtigten Frau und erkehrte mit Zirkuskutschern und Pantomimen, trat auch als Zirkusıtscher auf. Er schlug eine Schiffsbrücke über einen Meeresarm, machte ne militärische Expedition nach der Nordküste Galliens und einen

manöverartigen Vorstoß nach Germanien. Da sich infolge seiner Mißwirtschaft und Grausamkeit — er wollte die Legionen umbringen lassen, die seinen Vater belagert hatten — einige Verschwörungen bildeten, wurden seine Blutbefehle noch häufiger. Als er auch gegen seine nächste Umgebung, seine Gardeoffiziere, in ungehöriger Weise vorging, wurde er von einem dieser Offiziere ermordet. Der Kaiser hat demnach für das römische Reich so gut wie nichts geleistet, es aber durch seine Grausamkeit und Torheiten in eine Krisis gebracht. Wenn er nicht als Geisteskranker Mitleid verdiente, müßte man ihn einen Unhold nennen.

In betreff der Familienforschung ist zu bemerken, daß er väterlicherseits von dem berühmten Claudischen Prinzen Germanicus, mütterlicherseits von der Julischen Prinzessin Agrippina stammte. Die Konsanguinität ist in diesem Falle eine sehr ausgesprochene, denn während sein Vater durch seine Urgroßmutter und Mutter Julisches Blut hatte, bekam Caligula durch seine Mutter solches zum drittenmal zugeführt. Germanicus war ein ausgezeichneter Mann von alter, guter Sitte, von kriegerischer und staatsmännischer Begabung und der Liebling des römischen Volkes, Agrippina wie alle bedeutenden letzten Julier herrschsüchtig, im übrigen hochfahrend und in ihren Äußerungen unvorsichtig, aber sehr ehrbar und charakterfest. Zum Urgroßvater hatte der Fürst den Antonius. Daß er zu ihm in erblicher Beziehung stand wie sein Neffe, der spätere Kaiser Nero, zeigen drei Stellen aus drei verschiedenen Schriftstellern:

Plutarch spricht von Marc Anton's „zur Unzeit gehaltenen Zechereien, seinen übertriebenen Verschwendungen, seinen Ausschweifungen mit unzüchtigen Weibern",

Sueton von Caligula: „Durch falsches Haar und lange Kleider unkenntlich gemacht, trieb er sich bei Nacht in Sauf- und Freudenhäusern umher" und

Tacitus von Nero: „Schrecklich war der Übermut, mit welchem Nero in Sklaventracht die Straßen der Stadt, die Freudenhäuser und Kneipen durchstreifte."

Außerdem wird von allen dreien erzählt, daß sie mit Kommödianten und Possenreißern verkehrten und Verschwender und haltlos waren.

Zu den weiblichen Ahnen Caligulas gehörten auch die Tochter des Augustus und deren Mutter Scribonia, die beide durch ihre Unsittlichkeit verrufen waren. Von solchen Müttern, wie schon richtig gesagt worden ist, konnte keine gute Nachkommenschaft erwartet werden.

Die bekannte Büste des Kaisers im Vatikan erinnert an Lombroso's Galgenphysiognomie. Der Gesichtsausdruck ist etwas finster, Sinnlichkeit und Brutalität, Leichtfertigkeit und Anmaßung sprechen aus ihren Zügen. Andere Büsten zeigen weniger die schlechten Seiten Caligulas.

Die Folge der Konsanguinität und der erwähnten Vorfahrenschaft des Fürsten war eine psychiatrische. Der Kaiser war imbezill,



n Haus aus geistig minderwertig. Inwiefern angeborene Geistesschwäche genommen werden muß, will ich nun darlegen:

Er machte nach Mommsen verständige Einrichtungen des Tiberius :kgängig, z. B. stellte er das eingezogene Königreich Kommagene :der her, gönnte dem toten Kaiser den in Armenien erreichten Erfolg ht und setzte den König Mithradates von Armenien ab, so daß die rther von dem herrenlosen Land Besitz ergriffen. Das zeigt, daß er aus ßgunst und Abscheu vor seinem Vorgänger im Interesse persönlicher elkeit das Staatswohl hintansetzte oder sogar gefährdete, was seinen hwachsinn verrät. Der spielerische Schiffsbrückenbau bei Puteoli, : nutzlose Kriegszug nach dem Norden, seine Verschwendung, Habgier d Grausamkeit, seine Absicht, die Legionen, die früher seinen Vater agert hatten, umbringen und Büsten und Werke berühmter Männer stören zu lassen, beweisen des weiteren, daß er nichts Ernsthaftes tun und zu denken vermochte, und somit wiederum seinen Schwachsinn, mentlich auch auf moralischem Gebiet. Wiedemeister ist auch der inung, daß der Fürst imbezill war, behauptet aber mit Parsenow des iteren, daß er an Cäsarenwahnsinn gelitten habe. Da ich jedoch den sarenwahnsinn an keinem Regenten der Julisch-Claudischen Familie tdecken kann, bleibe ich bei meiner Ansicht, daß Caligula an an- :borenem Schwachsinn litt, wobei übrigens — ich denke seine impulsive Grausamkeit — ein epileptischer Einschlag nicht zu rkennen ist. Die dem Kaiser nachgesagte Redegewandtheit kann mich meiner Meinung über ihn nicht beirren, ich halte diese für einseitige gabung.

Claudius. — Nach Caligulas Ermordung wurde sein Onkel audius Kaiser. In der Literatur finden wir folgende Angaben über ihn:

Tacitus schreibt von dem geschwächten Geist des Claudius, von m er im übrigen urteilt: „Doch nichts schien schwer bei der Gesinnung es Fürsten, der kein Urteil hatte, keinen Haß, wenn's ihm nicht mitteilt war und geboten." Von ihm erwähnt er des weiteren eine beutende Wasserleitung und sein Gesetz gegen die Zügellosigkeit der Geldrleiher. Nach der Hinrichtung seiner Frau Messalina habe er kein ichen von Trauer oder Rührung zu erkennen gegeben. Nunmehr habe h der Kaiser mit seiner Nichte Agrippina vermählt, durch deren Ränke lige vornehme Frauen das Leben lassen mußten. Sie habe ihren Gemahl r Adoption ihres Sohnes Nero und dessen Bevorzugung vor seinem enen Sohn Britannicus bewogen. Durch lächerliche Anschuldigungen fgebracht, habe Claudius die Erzieher seines Sohnes Britannicus beafen oder hinrichten lassen und ihm durch die Stiefmutter bestimmte r Aufsicht gegeben.

Poehlmann: Der Kaiser trat 51 jährig die Regierung an; er war e Gelehrtennatur und hatte ein wenig imponierendes Äußere. Die



Begründung der Eroberung Britanniens, die Aqua Claudia usw. sind Taten, die in der Geschichte fortleben. Für Freigelassene und Weiber hatte er eine große Schwäche.

Ranke: Der Kaiser konnte ohne Majestätsprozesse nicht auskommen, da Empörungen gegen seine Herrschaft vorkamen. Seine Frau Messalina wurde hingerichtet, nachdem sie sich förmlich mit Silius verheiratet und ihm die Kleinodien des Kaisers ausgeliefert hatte. Agrippina, die neue Frau des Claudius, regierte im Palast, und der Freigelassene Pallas leitete die wichtigsten Geschäfte. Der Fürst ist wahrscheinlich nicht durch Gift umgebracht worden.

Hertzberg: Claudius war früher ein fleißiger Historiker, als junger Mann energielos, naiv bis zur Albernheit, bis zum Blödsinn gedankenlos, gutmütig und leicht beeinflußbar. Aus Besorgnis um seine Sicherheit war er zu Bluturteilen geneigt. Zwei Wasserleitungen, das Austrocknen des Lacus Fucinus, Eroberungen in Britannien und die Gründung von Kolonien sind sein Werk. Für Sklaven traf er gute Verordnungen. Die Prinzessin Julia, eine Schwester Caligulas, wurde unter seiner Regierung auf Antrieb Messalinas ermordet.

Wiedemeister: Britannicus, der Sohn des Kaisers, litt an Epilepsie. Claudius war ein Idiot. Unter ihm regierte vor allem die Hofkamarilla.

Den Charakter und die Lebensschicksale des Fürsten können wir aus der Literatur einigermaßen erkennen: Der Kaiser war in seiner Kindheit öfters krank, wurde in der Familie nicht für voll angesehen, vernachlässigt und von einem früheren Aufseher der Viehknechte erzogen. Da er wegen seiner körperlichen und geistigen Unbeholfenheit vom Hofe nicht zu Staatsämtern zugelassen wurde, lebte er abseits und unter ganz geringen Leuten. Er hatte aber Bildungsdrang und machte sich als Historiker einen Namen. Zur Regierung gelangt, traf er eine Anzahl liberaler Verfügungen und hatte das Beste für das Wohl des Staates im Auge. Claudius' Taten, die Einleitung der Eroberung Britanniens, Koloniegründungen in Kleinasien, Afrika und am Rhein, die Aqua Claudia, der Ausbau des Hafens von Ostium und die Austrocknung des Fucinussees gehören der Geschichte an. Aber bei seinem schwachen Charakter geriet er bald unter die Leitung von Frauen und Freigelassenen, welch letzteren, weil er wenig Ahnung vom praktischen Leben hatte, er die wichtigsten Staatsämter übertrug. Durch diese aufgereizt und infolge seines Jähzorns vollführte er manche gefährliche Handlungen. So ließ er zwei Schwiegersöhne und seine Nichte Julia hinrichten. Das Majestätsgesetz brauchte er, weil mehrere Verschwörungen gegen seine Herrschaft entstanden. Seine Frauen Messalina und dann Agrippina wußten, wohl auch ohne Vorwissen des Fürsten, ihnen Unbequeme aus dem Weg zu räumen. Durch Agrippina ließ er sich soweit beherrschen, daß er seinen eigenen Sohn dem ihrigen hintansetzte. Durch zeitweise

r Schau gestelltes einfältiges Gebahren zog er sich den Spott seiner ·it zu. Über die Art seines Todes ist nichts Sicheres bekannt.

Der Kaiser war demnach ein Gelehrter und eine Art Serenissimus-ur. Er hatte keinen unbedeutenden Verstand und wollte sicher als ·gent das Beste, war aber ein sehr schwacher Charakter und ließ sich n anderen beherrschen, namentlich auch von Frauen, weil er sehr sinnlich ır.

Was die Familienforschung betrifft, so ist von Claudius sselbe zu sagen wie von seinem Bruder Germanicus, er hatte durch ·ei Ahnen Julisches Blut in seinen Adern, stammte von Antonius ab ıd hatte Tiberius zum Onkel. Er heiratete die später verrufene Messalina, · Tochter einer berüchtigten Mutter. Messalina war auch Julischer ›stammung. Sein Sohn Britannicus soll an Epilepsie gelitten haben.

Die Büsten und Standbilder des Kaisers zeigen wenig schöne Gesichts-ge, einen Ausdruck von Gelehrtheit neben Einfalt und wenig Energie ıd Kraft.

In psychiatrischer Hinsicht ist zu erwähnen, daß Claudius :h geistig langsam entwickelte. Wenn seine Erziehung vernachlässigt ırde und er in seiner Jugend in unwürdiger Gesellschaft lebte und wegen ines linkischen und unfertigen Wesens kein Staatsamt bekleiden durfte, · sehen wir später die Folge sowohl hiervon als von seiner Abstammung: r war äußerst willensschwach — ließ seinen eigenen Sohn seinem Adoptiv-·hn hintansetzen und über seinen Kopf hinweg regieren —, unerzogen, ıgstlich und konnte in seinem Jähzorn bis zur Grausamkeit hart sein; .audius war also ein Degenerierter. Dies anzunehmen liegt n so näher, als berichtet wird, daß sein Sohn epileptisch war. Seine egierung war aber im allgemeinen zielbewußt, und das römische Volk ıd die Provinzen konnten mit seiner Regierung einigermaßen zufrieden in. Hieraus folgt, daß von Idiotie oder Schwachsinn des Kaisers, der n guter Historiker genannt wird, nicht die Rede sein kann. Freilich ar er in solcher Zeit schlecht als Regent am Platze. Die Degeneration :i dem Fürsten war hauptsächlich eine Folge der Konsanguinität. Seine ·itweilige Neigung zur Grausamkeit legt eine erbliche Beziehung zu inen Claudischen Vorfahren, seine Willensschwäche und Unterordnung ıter Frauen eine solche zu seinem Großvater Antonius nahe.

Nero. — Als Claudius gestorben war, trat sein Großneffe und doptivsohn Nero die Regierung an. Die Literatur bringt folgendes:

Tacitus: Er zeigte schon in seinen Knabenjahren einen lebhaften eist, meißelte, malte, sang und übte sich im Lenken der Rosse, auch ·igte er durch Anfertigung von Gedichten, daß es ihm an den Elementen ·r Wissenschaft nicht fehle. Zur Regierung gelangt, ließ er den Britannicus ·rgiften. Seine Mutter ließ er ermorden. Die Üppigkeit nahm unter

ihm in Rom vollends überhand; er trat öffentlich als Sänger und Wagenlenker auf und machte eine Kunstreise nach Griechenland. Das Delatorentum und das Majestätsgesetz spielten unter diesem Kaiser eine große Rolle. Plantus und Torquatus Silanus, Abkömmlinge von Augustus, und seine sittenreine Frau Octavia, des Claudius Tochter, mußten sterben, letztere auf Betreiben seiner späteren Frau Poppaea Sabina. Nero feierte öffentlich seine Vermählung mit einem Lustknaben. Nach dem Brande Roms ließ er die Christen in grausamer Weise hinrichten. Die gegen ihn gerichtete Pisonische Verschwörung veranlaßte viele Todesurteile; alle scheinbar gefährlichen Großen und viele ausgezeichnete Männer wurden ermordet.

Sueton: Der Fürst entstammte der Familie der Domitier. Seine Vorfahren waren Staatsbeamte und hatten gute Eigenschaften. Der Großvater des Nero war geschickt im Wagenrennen, berühmt durch einen germanischen Krieg, hochmütig, zügellos, hart und gab ein grausames Fechterspiel. Sein Vater, Sohn der älteren Antonia, war ein grausamer, abscheulicher Mann, der Blutschande mit seiner Schwester Lepida, des Ehebruchs und Majestätsverbrechens unter Tiberius angeklagt. Er hatte von der jüngeren Agrippina den Nero. Dieser wurde in seiner Jugend von einem Tänzer und einem Barbier erzogen, später erhielt er unter Claudius, der ihn förderte, Seneca zum Lehrer. Des Kaisers Gedichte fanden großen Beifall. Er hielt öffentliche Vorlesungen und vollbrachte einige untadelhafte, ja lobenswerte Handlungen, ließ aber Senatoren fechten und bestellte angesehene Leute zu Tierhetzen.

Ranke: Agrippina reizte den Nero durch ihr herrschsüchtiges Wesen, denn sie versuchte sich als Mitregentin aufzuspielen. Man schrieb den Tod des Britannicus Nero zu. Letzterer war ein trefflicher Sänger.

Rydberg: Der Fürst war vielseitig begabt und schuf ein humanes Gesetz zugunsten der Sklaven. Solange er lebte, ist niemand in der Arena getötet worden. Die Anklagen wegen Majestätsverbrechens wurden gegen seinen Willen wieder eingeführt. Nero tat seinen Spöttern anfangs nichts, später vielleicht getrieben von seiner Umgebung.

Parsenow: Der psychische Zustand des Kaisers ist zu bezeichnen durch Moral insanity und Caesaromanie.

Wiedemeister: Nero litt dreimal an periodischer Manie, nach dem Tode der Mutter an Gehörs- und Gesichtshalluzinationen. W. spricht auch von Melancholie und Verfolgungswahn des Fürsten.

Aus der Literatur können wir uns über den letzten der Caesaren folgendes Bild machen: Nero wurde von einer Verwandten der berüchtigten Mutter Messalinas, von einem Tänzer und einem Barbier und dem Techniker Anicetus, einem grundschlechten Menschen, erzogen.

Er gelangte mit 17 Jahren auf den Thron. Die ersten 5 Jahre seiner Regierung benahm er sich so, daß er allgemein beliebt war, indem er die eigentliche Regierung seinen Ministern Burrus und Seneca überließ. Als seine Mutter Agrippina versuchte, tätig in die Regierung einzugreifen, und



s der Fürst ihr das wehrte, mit der Erhebung des Britannicus drohte, ß Nero letzteren ermorden. Als Agrippina fortfuhr, ihm Schwierigkeiten bereiten, erlitt sie das gleiche Schicksal. Seine Frau Octavia opferte seiner demnächstigen Gemahlin Poppaea Sabina auf, die ihn durch re Schönheit zu fesseln und zu der Tat anzureizen verstand. Der Kaiser ır ein Philhellene, künstlerisch begabt und kunstausübend; er wollte om zu einem zweiten Athen machen. Durch sein öffentliches, mit dem nste der Zeit schwerlich vereinbares Sichzurschaustellen als Sänger d Wagenlenker machte er sich beim Publikum verhaßt. Um s Maß seiner Unbeliebtheit vollzumachen, kam seine allmählich immer ehr hervortretende Grausamkeit und seine, wie Hertzberg sagt, furchtre sittliche Indifferenz und Lässigkeit dazu; er führte ein schamloses xuelles Leben und überließ Freigelassenen die wichtigsten Staatsämter, e eine Geißel wurden und, wie früher seine Mutter, sogar Hinrichtungen ordneten. Gegen ihn angezettelte Verschwörungen bestrafte er mit ausamkeit. Als sein Thron beim Brande Roms schwankte, ließ er die lkswut sich an den Christen austoben, die zum Teil wie Fackeln verannt wurden. Nero traf manche gute und humane Einrichtung, zeigte ch Verständnis für die großen Fragen der Zeit; so wurde unter ihm n Krieg in Britannien geführt, so konnten große Nutzbauten geschaffen, s Getreidewesen sorgfältig beaufsichtigt werden und unter ihm eine ue Literaturperiode entstehen. Die Fresken an seinem später leider so hmählich zerstörten „Goldenen Hause" haben Rafael als neue Motive dient. Durch seine Verschwendung entstand eine Finanzkalamität, e dann wieder Bluttaten und Konfiskationen im Gefolge hatte. Als n Galba verließ, verlor er alle Fassung, nach einem weiteren Abfall ollte er fliehen. Von allen verlassen, tötete er sich selbst, nachdem er fahren, welches Schicksal ihm bevorstand.

Auch zugunsten Neros sind Rettungen geschrieben worden. Zweifels ist er auch im Altertum gehässig dargestellt, sein Charakter mit den hwärzesten Farben gezeichnet worden. Wir müssen in ihm, wenn er auch, orauf ich noch zurückkomme, degeneriert war, hauptsächlich eine Geißel r die Menschheit erblicken; freilich müssen wir auch zugeben, daß seine utter Agrippina und seine Frau Poppaea an dem Unglück, das durch den ürsten verursacht wurde, mit Schuld sind. Sein Charakter war von Grund s schlecht. Seine Erfolge lagen auf dem Gebiete der äußeren und inneren olitik und auf dem der Kunst, wurden aber durch seine Verschwendung, aubsucht, Grausamkeit und die durch seinen Künstlergeist inaugurierte aßlose Entsittlichung gewaltig überschattet.

In genealogischer Hinsicht ist zu erwähnen, daß sein ater Cn. Domitius ein grausamer, abscheulicher Mann, sein Großater zügellos und bis zur Grausamkeit hart und seine Mutter maßlos errschsüchtig, kalt berechnend, lasziv und ebenfalls grausam war. Venn er väterlicherseits durch zwei Ahnen Julisches Blut hatte, bekam



er es mütterlicherseits durch vier Ahnen. Die Neigung für den Sport hatte er von den Domitiern geerbt. Seiner Verwandtschaft und erblichen Anlage von Antonius her ist schon gedacht. Nun kommen noch die lasziven Stammütter Julia und Scribonia hinzu, so daß eine erbliche Belastung im psychiatrischen Sinne unvermeidlich schien.

Seine durch Büsten und Statuen uns überlieferten Gesichtszüge verraten Sinnlichkeit, Härte bis zur Grausamkeit neben dämonischem, faszinierendem Wesen, Schönheitssinn und mittleren Verstand; das Gesicht ist nicht unschön, die Stirn etwas niedrig, das Weiche im Gesichtsausdruck erinnert mehr an die Julier. Da Julier wie Claudier langes, bis in den Nacken reichendes Haar hatten, kann aus diesem kein Schluß gezogen werden. Die Untersuchung möglichst aller erhaltenen Statuen und Büsten der dem Kaiserhause angehörigen männlichen wie weiblichen Personen könnte wohl noch manchen genealogisch interessanten Fingerzeig bringen.

Wir kommen nun zur psychiatrischen Beurteilung Neros. Seine Erziehung hatte in den Händen einer frivolen Verwandten, seiner Tante Lepida, eines Tänzers und eines Barbiers und eines Technikers von schlechtem Charakter gelegen. Das wirkte wie bei Claudius nachhaltig auf die Charakterbildung ein. Die Anzeichen von Entartung kamen allmählich zum Vorschein, zunächst in Form jugendlichen Übermuts und dem Abscheu vor geregelter Tätigkeit, später in Form der Grausamkeit, unerhörter Laszivität, Vernachlässigung allen Anstandes, unsinniger Verschwendung und der Sucht, ein Weltverbesserer in künstlerischer Hinsicht zu sein. Daß er durch die vielen Konsanguinitätsheiraten seiner Vorfahren, wodurch sein Stammbaum viele Ahnenverluste erlitt, und die Charakterlosigkeit seiner Stammütter sehr gefährdet war, ist klar, dazu kam noch die erbliche Belastung von den Eltern und von Antonius, so daß das Emporkommen auf den Thron genügte, seinen an und für sich schwachen Charakter ganz entarten zu lassen.

Er war nicht unbegabt und dazu künstlerisch gut beanlagt, so daß man nicht von Schwachsinn reden kann. Der Fürst war eine psychopathische Persönlichkeit, ein Degenerierter, daher auch die bei diesem Kaiser besonders auffällige konträre Sexualempfindung.

Das war das Schicksal des Julisch-Claudischen Hauses, daß hoffnungvolle Prätendenten starben oder ermordet wurden, um einem auffallenden Charakter und Degenerierten Platz zum Thron zu machen. Augustus schloß den Agrippa Postumus, der wahrscheinlich geistig minderwertig war, von der Thronfolge aus, Tiberius versäumte es, Caligula, Claudius, Nero an der Nachfolge zu verhindern. Später schwankte Marc Aurel, ob er seinem Sohn Commodus die Regierung anvertrauen könne, weil er ihn als minderwertig erkannt hatte.



Cäsarenwahnsinn. — Da von *Parsenow* und *Wiedemeister* behauptet worden ist, die Kaiser Tiberius und Nero hätten am Cäsarenwahnsinn gelitten, welche Behauptung *Wiedemeister* auch noch auf Claudius ausdehnt, will ich einiges über diesen Gegenstand sagen. Es liegt sehr nahe, wenn man die Lebensgeschichten dieser und anderer Imperatoren übersieht, in dem Göttlichkeitsgefühl, der Zügellosigkeit, Grausamkeit und der Furcht vor Nachstellungen einzelner Regenten bei leidlicher oder guter Begabung eine Psychose zu erblicken, so daß man von einem Cäsarenwahnsinn als von einer Berufspsychose gesprochen hat. *Parsenow* hat in anerkennenswerter Weise diese Herrschergestalten aus allen möglichen Ländern der Welt aufgesucht und beschrieben und dadurch die Aufmerksamkeit auf diese doch immerhin sehr interessanten Männer gelenkt. *Wiedemeister* lenkt insofern etwas ein, als er zugibt, ein Anstoß zu diesem Wahnsinn müsse erst durch degenerative Anlage gegeben sein. Da *Parsenow* noch vier andere römische Kaiser — Domitian, Commodus, Caracalla, Elagabal — als vom Cäsarenwahnsinn befallen darstellt, habe ich mir auch die Literatur dieser vier Fürsten angesehen, und ich gebe zu, daß man geneigt sein kann, bei Domitian eine Paranoia anzunehmen, die mit Größen- und Verfolgungsideen einhergeht und auf dem Boden der Degeneration entstanden ist; auch könnte man diese Psychose wohl Berufspsychose und Cäsarenwahnsinn nennen, weil ihre Entstehung an den Cäsarismus geknüpft ist. Es ist nicht nötig, jedesmal eine Psychose für diese Fälle anzunehmen, da leicht zu erweisen ist, daß meist Degenerierte oder von Haus aus Schwachsinnige in diesen auffallenden Zustand geraten, während das bei geistig Gesunden nicht der Fall ist. Bei Tiberius kann ich ebenso wie bei Claudius keinen Cäsarenwahnsinn entdecken, bei Caligula glaube ich angeborenen Schwachsinn nachgewiesen zu haben, der sein Verhalten genügend erklärt. Nero war, wie ich gezeigt habe, ein Degenerierter und hat Zeit seines Lebens nie unüberlegt gehandelt oder einen einer Geisteskrankheit gleichkommenden Erregungs-, Depressions- oder Delirantenzustand dargeboten. Seine Erregung nach dem Muttermord ist nur allzu natürlich. Mich über die vier anderen erwähnten Kaiser näher zu verbreiten, würde diesmal zu weit führen. Napoleon I. hat nach seiner Katastrophe 1815 mit sich beratschlagt, ob er nötigenfalls ein Blutbad



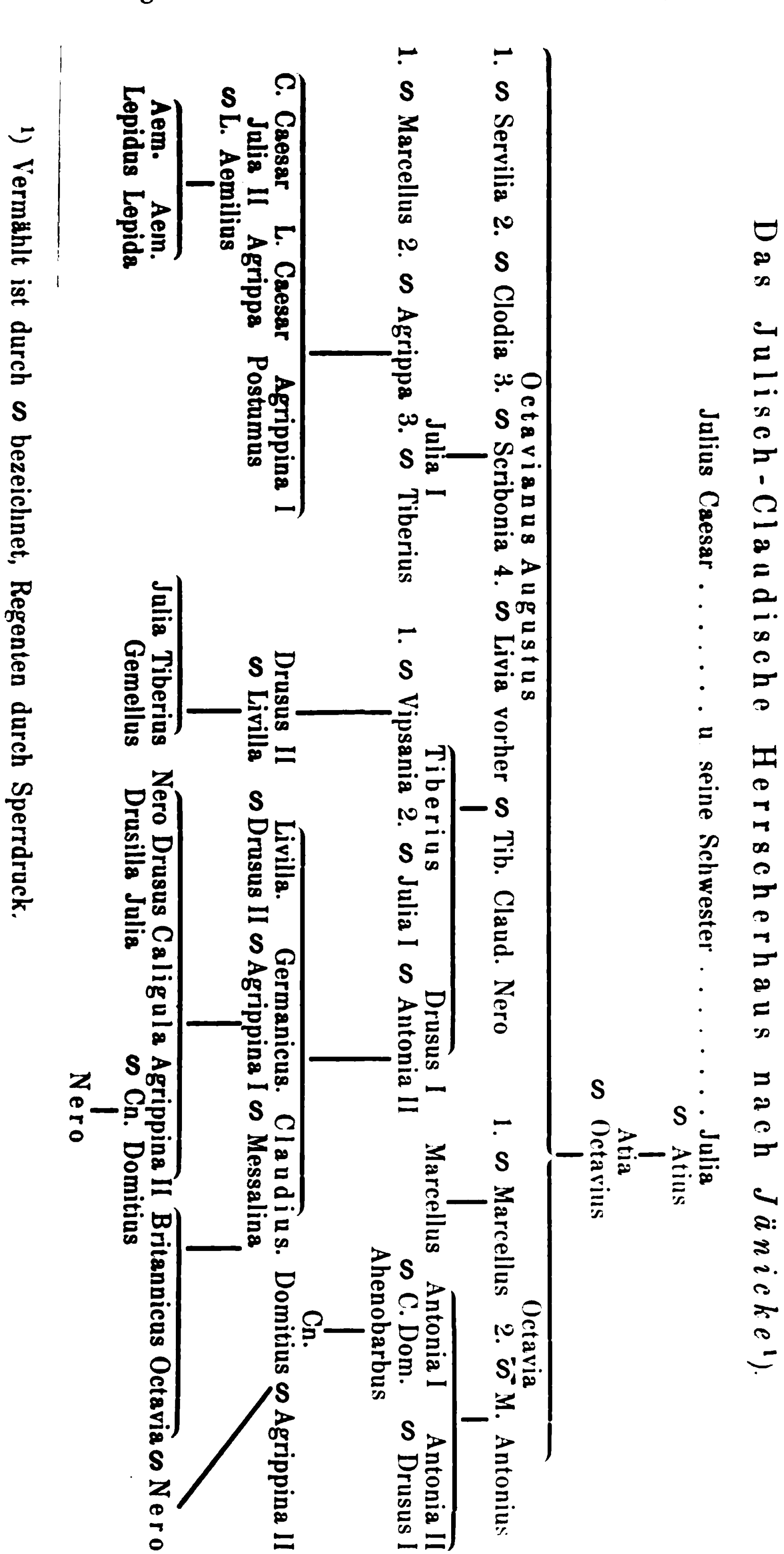
anrichten und sich so den Thron erhalten solle, hat es aber nicht getan, um seinen Ruhm nicht zu beflecken, er war eben ein Cäsar, der sich zu meistern verstand. Daß die Herrscher eines Weltreichs leicht dazu kommen, mit Menschenleben zu spielen, zeigen die hinterlassenen Briefe Napoleons an seinen Bruder Joseph in Spanien, zeigen die Sachsenhinrichtungen Karls des Großen. Man darf nicht gleich alles Psychose nennen, dann müßte man schließlich einen Marat, der zur Befestigung der Republik noch 20 000 Menschen ermordet wissen wollte, auch für geisteskrank erklären. Man darf auch bei den Kaisern nicht gleich Größen- und Verfolgungswahn annehmen. In bezug auf ersteren möchte ich folgende Worte Rankes anführen:

> „Man darf die Exzesse der Gewalt, die vorkommen, nicht alle aus den Eigenschaften der Individuen, welche sie besaßen, herleiten; sie entspringen aus der Natur dieser Gewalt selbst, für welche ein unmittelbar göttlicher Ursprung angenommen wurde, kraft dessen sie die allgemeine unbedingte Unterwerfung forderte."

Hieraus sehen wir, wie leicht Regenten des Julisch-Claudischen Hauses, auf das der zitierte Satz gemünzt ist, auf expansive Ideen kommen konnten. Was den Verfolgungswahn anbetrifft, so waren die römischen Kaiser so oft Nachstellungen ausgesetzt, das Prätendententum etwas so Gewöhnliches, daß sich ihre Gedanken ganz natürlicherweise in solchen Bahnen bewegten.

Provinzen. — Wir dürfen die Geschichte der ersten römischen Kaiser nicht verlassen, ohne wieder einen Blick auf die Einleitung zu werfen, wo von dem Glück gesprochen ward, das damals der Menschheit zuteil wurde. Und führwahr, vor den unendlichen Segnungen der römischen Kultur in den erwähnten 100 Jahren verschwinden scheinbar die bluttriefenden Kaisergeschichten. Wir blicken auf die Provinzen, in denen meist Friede herrschte und die römische wie griechische Bildung Eingang fand. Daß dieselben während der Kaiserzeit besser und gerechter verwaltet wurden als vorher, ist ausgemacht. Spanien wurde durch Augustus und Tiberius besonders gefördert, ein bedeutender Handel verband Italien mit dem hochkultivierten Land, wo eine stattliche Reihe römischer Vollbürgergemeinden entstand. Gallien geriet in großen Wohlstand durch das Kaiserregiment, namentlich durch Acker- und Weinbau, während letzteren die Republik an der Südküste untersagt hatte. England wurde ins Reich ein-





[1]) Vermählt ist durch ∾ bezeichnet, Regenten durch Sperrdruck.

bezogen. Augustus siedelte Veteranen in Kleinasien an, was der Senat nicht fertig gebracht hatte, Claudius gründete dort Städte. In Ägypten wurden die Nilkanäle durch die Kaiser von Augustus ab in Ordnung gebracht, so daß sich die Ernten bedeutend hoben. Cäsar, Augustus und Claudius bauten Straßen und gründeten Kolonien in Afrika. Syrien erlebte einen hohen Kulturzustand. Wie breiteten die Kaiser, auch schon die ersten, ihren Arm schützend über Griechenland, so daß man ihnen, wie den Römern überhaupt, sicher einen Anteil daran zuschreiben muß, daß wir heute noch griechische Geistestaten und Kunstwerke bewundern können. Wenn auch die Römer manchmal grausam mit unseren Altvorderen verfuhren, so dürfen wir doch nicht vergessen, daß letztere dies später genügend vergalten und wir für die Segnungen der römischen Kultur, d. h. des römischen Kaiserreichs, sehr dankbar sein müssen; mit ihrer Hilfe konnte sich im frühesten Mittelalter der deutsche Nationalstaat aufbauen.

Schlußbemerkung: Die Bezeichnung *Julisch*-Claudisches Kaiserhaus ist, streng genommen, nicht richtig, da Augustus selbst ein Oktavier war und das Julische Blut sich nur durch seine Tochter und Schwester fortpflanzte; aber sie ist von den Römern übernommen und in Gebrauch. Das dem Augustus von seiner Mutter vererbte Julische Blut war den Römern eben so wichtig, daß man die Nachkommen desselben Julier nannte. Diese Auffassung beruht auf der besonderen Wertschätzung des vornehmsten Bestandteiles der diesen Herrschern anhaftenden Blutmischung, nämlich des Julischen Blutes, dessen Ursprung von den Göttern hergeleitet wurde. Die Benennung Julisch-Claudisches Haus gewinnt anderseits dadurch an innerer Wahrheit, daß Caligula, Claudius und Nero neben claudischem auch julisches Blut, wie der Dynastiegründer Augustus, in ihren Adern hatten. Es darf aber nicht vergessen werden, daß die Familien des hochbedeutenden Agrippa, der nicht auf den Thron gelangte, weil er vor Augustus starb, des Antonius und Cn. Domitius im Cäsarischen Hause auch eine genealogische Rolle spielten. Die genealogischen Beziehungen der Augustustochter Julia zum Herrscherhaus erinnern an diejenigen Maria Theresia's, insofern der römische Thron erst an ihren Mann, den Claudier Tiberius, dann an solche Persönlichkeiten überging, die sowohl Abkömmlinge des Julischen wie Claudischen Hauses waren, von welchen zwei (Caligula und Nero) von Julia abstammten.



Benutzte Literatur.

itus, Die Annalen.
tarch, Vergleichende Lebensbeschreibungen, Julius Caesar, Marcus Antonius.
tonius, Lebensbeschreibung der 12 ersten römischen Kaiser.
mmsen, Römische Geschichte, die Provinzen von Caesar bis Diocletian.
enz, Lehrbuch der Genealogie.
hr, Tiberius' Leben, Regierung, Charakter.
ch, Zur Kritik der Geschichte des Kaisers Tiberius.
lé, Tiberius und das Erbe des Augustus.
e, Zur Ehrenrettung des Kaisers Tiberius.
iller, Geschichte der römischen Kaiserzeit.
maszewski, Geschichte der römischen Kaiser.
tzberg, Geschichte des römischen Kaiserreichs.
Ranke, Das altrömische Kaisertum, mit kritischen Erörterungen zur alten Geschichte.
dberg, Römische Kaiser in Marmor.
ber, Geschichte des römischen Kaiserreichs, der Völkerwanderung und der neuen Staatenbildungen.
mann, Claudius und seine Zeit.
ck, Kaiser Augustus.
alé, Augustus, seine Familie und seine Freunde.
senow, Cäsarenwahnsinn und Blutrausch.
idde, Caligula, eine Studie über römischen Cäsarenwahnsinn.
mann, Die hellenistischen Staaten und die römische Republik.
Poehlmann, Römische Kaiserzeit und Untergang der antiken Welt.
tens, Weltgeschichte.
oeler, Kaiser Tiberius auf Capri.
iedlbauer, Kaiser Tiberius, eine psychologisch-historische Studie.
Wiedemeister, Der Cäsarenwahnsinn der Julisch-Claudischen Imperatorenfamilie.

Die Aufnahmen der Heil- und Pflegeanstalten sowie der psychiatrischen Kliniken des Großherzogtums Baden von 1826 bis 1910.

Von

Hermann Hirt, Direktionsgehilfe an der Anstalt Illenau.

Die Frage, ob die Zahl der Geisteskranken im Zunehmen begriffen ist, drängt sich angesichts der fortwährend steigenden Anforderungen, welche die Irrenfürsorge heutzutage an die staatlichen und kommunalen Finanzen stellt, immer mehr in den Vordergrund des allgemeinen Interesses. Zweifellos verdient auch das Problem, ob die Gefährdung der psychischen Gesundheit unseres Volkes bei den gegenwärtigen sozialen Verhältnissen ständig größer wird, die ernsteste Beachtung von seiten der sozialen Medizin, wie auch der Volkswirtschaft.

Die endgültige Lösung dieser so wichtigen Frage begegnet aber beim heutigen Stande des deutschen Irrenwesens großen, vorläufig noch kaum überwindlichen Schwierigkeiten. Zunächst sind wir einzig auf die statistischen Angaben über die internierten Geisteskranken angewiesen, da uns über die freilebenden Irren im Reiche überhaupt keine allgemeinen Aufzeichnungen zur Verfügung stehen, und die Zählungen einiger Bundesstaaten auf Zuverlässigkeit noch keinen Anspruch erheben können. Immerhin wird eine zweckmäßig organisierte Statistik der Irrenanstalten die ersten zuverlässigen Ausgangspunkte für die Klärung dieses Problems liefern müssen. Aus diesem Grund ist es als wünschenswert zu bezeichnen, daß bei der vom Deutschen Verein für Psychiatrie in Angriff genommenen Reform der offiziellen Irrenstatistik dieser wichtigen Aufgabe die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Zunächst muß eine derartige offizielle Statistik, wenn sie für diese Fragestellung mit Aussicht auf Erfolg verwertet werden soll, sämtliche der Irrenpflege dienende Institute, Landesanstalten und psychiatrische



iken, eines Territoriums umfassen. Ferner ist es ein grundsätz-
es Erfordernis, daß die Zahl der Zugänge jedesmal auf die Be-
erung des entsprechenden Zeitabschnittes bezogen wird. Endlich
die (erfreulicherweise) nur geringe Quote der psychischen Mor-
tät es als tunlich erscheinen, den Beobachtungszeitraum möglichst
auszudehnen, um den Gang der Erkrankungsziffer unabhängig
unbedeutenden Jahresschwankungen in seiner allgemeinen Tendenz
olgen zu können. Während für die Zwecke der praktischen Irren-
orge, speziell für die Frage nach der Zahl der in Zukunft bereit-
ellenden Anstaltsplätze, die Berücksichtigung der letzten Jahr-
ite ausreicht, kann in diesem Zusammenhang nur die Übersicht
eine möglichst große Periode den erwünschten Aufschluß geben.

Im folgenden sollen kurz die entsprechenden
ten für das badische Irrenwesen für die
t von 1826 bis 1910 mitgeteilt und unter
ziehung auf die Bewegung der Bevölkerung
ier betrachtet werden. Unser Material umfaßt in
Spanne von 85 Jahren alle in den Landesanstalten und Kliniken
Aufnahme gelangten Geisteskranken eines in sich geschlossenen
tsgebietes, das während des Beobachtungszeitraumes keinen
ren politischen Veränderungen unterworfen war, dessen natürliche
haffenheit von jeher das Gedeihen sämtlicher Wirtschaftsformen
lassen hat, und das in seinem sozialen und finanziellen Aufblühen
seinen Teil wohl auch ein Bild von der allgemeinen Entwicklung
eutschland geben kann.

Unsere Daten stützen sich für die früheren Jahrzehnte auf Akten
alten Irren- und Siechenanstalt Pforzheim und des Irrenhauses
delberg, auf die von *Roller* 1866 herausgegebene „Statistik
Heil- und Pflegeanstalt Illenau", auf Akten, Tage- und Rechnung-
er von Illenau, Aufnahmebücher der Heil- und Pflegeanstalt
rzheim[1]) und der psychiatrischen Klinik Heidelberg[1]),
auf die Denkschriften über den Stand der Irren-
sorge in Baden vom Jahre 1901 und 1909[2]).
Angaben über die Bevölkerungsbewegung im Lande sind dem statisti-

[1]) Für die gütige Überlassung des einschlägigen Materials sind wir
Direktionen dieser beiden Institute zu Dank verpflichtet.

[2]) Die frühere verfaßt von den badischen Anstaltsdirektoren
le, *Franz Fischer*, *Wardt* und *Max Fischer*, die spätere von *Max*
her, Wiesloch.

schen Jahrbuch für das Großherzogtum Baden, Jahrgang 1912, entnommen.

Die Resultate sind in den Tabellen 1 und 2 und den graphischen Darstellungen der Tafeln I und II wiedergegeben. Tabelle 1 enthält für jeden Jahrgang von 1826—1910 Bevölkerungsziffer, Aufnahmeziffer und die Verhältniszahl in ‰. Die beiden ersten Werte sind in der Tafel I dargestellt, und zwar verhält sich der Maßstab der Bevölkerungskurve zu dem der Aufnahmekurve wie 1 : 225. Die Kurve der Verhältniszahlen ist aus Tafel II ersichtlich. Die Namen Heidelberg, Freiburg, Emmendingen und Wiesloch sind durch ein Versehen des Zeichners auf beiden Tafeln je um eine Jahresspalte zu spät eingetragen worden.

Tabelle 1.

1	2	3	4
Jahr	Bevölkerungs-ziffer	Aufnahmeziffer	Aufnahmen in ‰ der Bevölkerung
Z. 1826 [1]	1 145 952	75	0,065
Z. 1827	1 164 282	61	0,052
Z. 1828	1 176 075	47	0,031
Z. 1829	1 188 340	84	0,071
Z. 1830	1 200 471	143	0,119
1831	1 208 051	66	0,054
1832	1 215 631	49	0,040
1833	1 223 211	66	0,053
Z. 1834	1 230 791	55	0,044
1835	1 241 849	53	0,042
1836	1 252 907	40	0,031
Z. 1837	1 263 965	50	0,039
1838	1 274 798	46	0,036
1839	1 285 631	46	0,035
Z. 1840	1 296 464	100	0,077
1841	1 309 264	83	0,063
1842	1 322 064	166	0,125
Z. 1843	1 334 865	145	0,108
1844	1 345 739	134	0,099
1845	1 356 613	154	0,113
Z. 1846	1 367 486	183	0,134
1847	1 365 915	172	0,125
1848	1 364 344	146	0,107
Z. 1849	1 362 774	174	0,126
1850	1 360 914	227	0,166
1851	1 359 064	200	0,147

[1]) In den mit Z bezeichneten Jahren fanden Volkszählungen statt.



1	2	3	4
Jahr	Bevölkerungs-ziffer	Aufnahmeziffer	Aufnahmen in ‰ der Bevölkerung
Z. 1852	1 357 208	262	0,193
1853	1 343 084	238	0,170
1854	1 328 960	351	0,264
Z. 1855	1 314 837	311	0,236
1856	1 321 875	321	0,242
1857	1 328 913	335	0,252
Z. 1858	1 335 952	312	0,233
1859	1 347 065	331	0,245
1860	1 358 178	364	0,268
Z. 1861	1 369 291	416	0,303
1862	1 388 872	406	0,292
1863	1 408 453	439	0,311
Z. 1864	1 428 035	450	0,315
1865	1 430 347	457	0,319
1866	1 432 659	455	0,317
Z. 1867	1 434 970	549	0,382
1868	1 441 618	521	0,361
1869	1 448 266	502	0,346
1870	1 454 914	464	0,318
Z. 1871	1 461 562	485	0,331
1872	1 472 966	477	0,323
1873	1 484 370	507	0,341
1874	1 495 774	504	0,336
Z. 1875	1 507 179	485	0,321
1876	1 519 794	441	0,290
1877	1 532 409	476	0,310
1878	1 545 024	453	0,293
1879	1 557 639	483	0,310
Z. 1880	1 570 254	509	0,324
1881	1 576 454	492	0,311
1882	1 582 654	477	0,301
1883	1 588 854	506	0,318
1884	1 595 054	507	0,318
Z. 1885	1 601 255	507	0,316
1886	1 612 423	481	0,298
1887	1 623 668	555	0,341
1888	1 634 981	520	0,318
1889	1 646 385	841	0,511
Z. 1890	1 657 867	849	0,512
1891	1 671 171	940	0,562



1	2	3	4
Jahr	Bevölkerungs-ziffer	Aufnahmeziffer	Aufnahmen in ‰ der Bevölkerung
1892	1 684 582	941	0,558
1893	1 698 100	943	0,555
1894	1 711 718	1038	0,606
Z. 1895	1 725 464	998	0,578
1896	1 753 060	1005	0,573
1897	1 718 099	1063	0,596
1898	1 809 586	1 073	0,592
1899	1 838 548	1 247	0,678
Z. 1900	1 867 944	1 284	0,687
1901	1 895 494	1 466	0,773
1902	1 923 450	1 497	0,778
1903	1 951 818	1728	0,885
1904	1 980 604	1 875	0,941
Z. 1905	2 010 728	2 136	1,062
1906	2 036 481	2 281	1,120
1907	2 062 564	2 351	1,139
1908	2 088 981	2 370	1,134
1909	2 115 736	2 448	1,157
Z. 1910	2 142 833	2 680	1,250
		Zus.: 52 168	

Die Zunahme der Bevölkerung beträgt zwischen 1826 und 1910 rund 87% (86,99), es muß also die Kurve der Bevölkerungsziffer schon allgemein eine stark steigende Tendenz aufweisen. Wir finden diese auch auf unserer Tafel I deutlich zum Ausdruck gebracht, nur unterbrochen während des Zeitraumes von 1846 bis 1855; hier fällt die Kurve zuerst langsam während 6 Jahren von 1367486 Einwohnern (1846) auf 1 357 208, dann aber in der kurzen Spanne von 3 Jahren ziemlich unvermittelt auf den niederen Stand von 1 314 837 im Jahre 1855. Als Gründe für diese Richtungsveränderung müssen wir zuerst die Teuerung des Jahres 1847, die mählich einsetzende Auswanderung nach Amerika, dann wohl auch die politischen Unruhen der Jahre 1848/49 annehmen. Der steile Abstieg zum Jahre 1855 hängt mit der ständig wachsenden Zahl der Auswanderungen zusammen, die auf die Kunde von den in Kalifornien 1848 entdeckten Goldfeldern in den Jahren 1851 bis 1860 die gewaltige Höhe von 952 000 Menschen erreichte, welche aus dem heutigen Gebiet des Deutschen Reiches



er den Ozean zogen [1]). Dann zeigt sich wieder die steigende Tendenz; st nur gering — von 1864 bis 1867 verläuft die Kurve sogar nahezu grecht —, weiterhin aber wird die Elevation immer steiler, bis zu tte der 80er Jahre wieder ein relativ schwaches Steigen zu verichnen ist, das wir auf die hier erneut einsetzende Welle der Ausnderung zurückführen müssen, die mit 1885 ihren überhaupt chsten Stand erreicht. Der Verlauf der letzten 15 Jahre aber zeigt e gleichmäßige und bedeutende Steigung.

Die graphische Darstellung der Aufnahmeziffern bewegt sich großen und ganzen in einer bis 1888 nur langsam, dann nach plötzhem Emporschnellen rascher und von 1902 an steil aufwärtsstrebenn Linie. Die beiden frühesten Jahrzehnte bieten nur geringe Schwanngen mit Ausnahme der 1829 erfolgten Eröffnung der Filialanstalt forzheim, die sich durch ein Ansteigen der Kurve bemerkbar icht. Von 1840, genauer 1842 an — in diesem Jahre wurde Illenau zogen —, ist eine deutliche, wenn auch langsame Progression der fnahmeziffer bis 1888 zu beobachten. Nun folgt zugleich mit der öffnung der psychiatrischen Klinik Freiburg und der Anstalt mmendingen ein ziemlich jäher Aufstieg, diesem in den er Jahren eine merkliche Hebung der Kurve, die sich im letzten hrzehnt steil nach oben wendet.

Diese wenigen Daten zeigen, welche wichtige Rolle die Eröffnung uer Asyle für die Verpflegung Geisteskranker im Gange der Aufhmeziffer spielt. Wir sehen, daß schon die Eröffnung der Filialstalt eine deutliche, wenn auch vorübergehende Steigerung mit sich achte, daß der unserer Anstalt Illenau eine Periode nicht sehr chen, aber progredienten Anwachsens folgte, und daß schließlich t dem Hinzukommen der Klinik Freiburg und der Anstalt mmendingen die Kurve eine plötzliche und starke Hebung uhr. Dagegen läßt die Inbetriebnahme der psychiatrischen Klinik eidelberg (1879) und der Anstalt Wiesloch (1905) einen rkanten Einfluß auf den Gang unserer Kurve vermissen. Bei eidelberg dürfte die verhältnismäßig schwache Belegzahl, Wiesloch das relativ langsame Tempo der Besetzung als

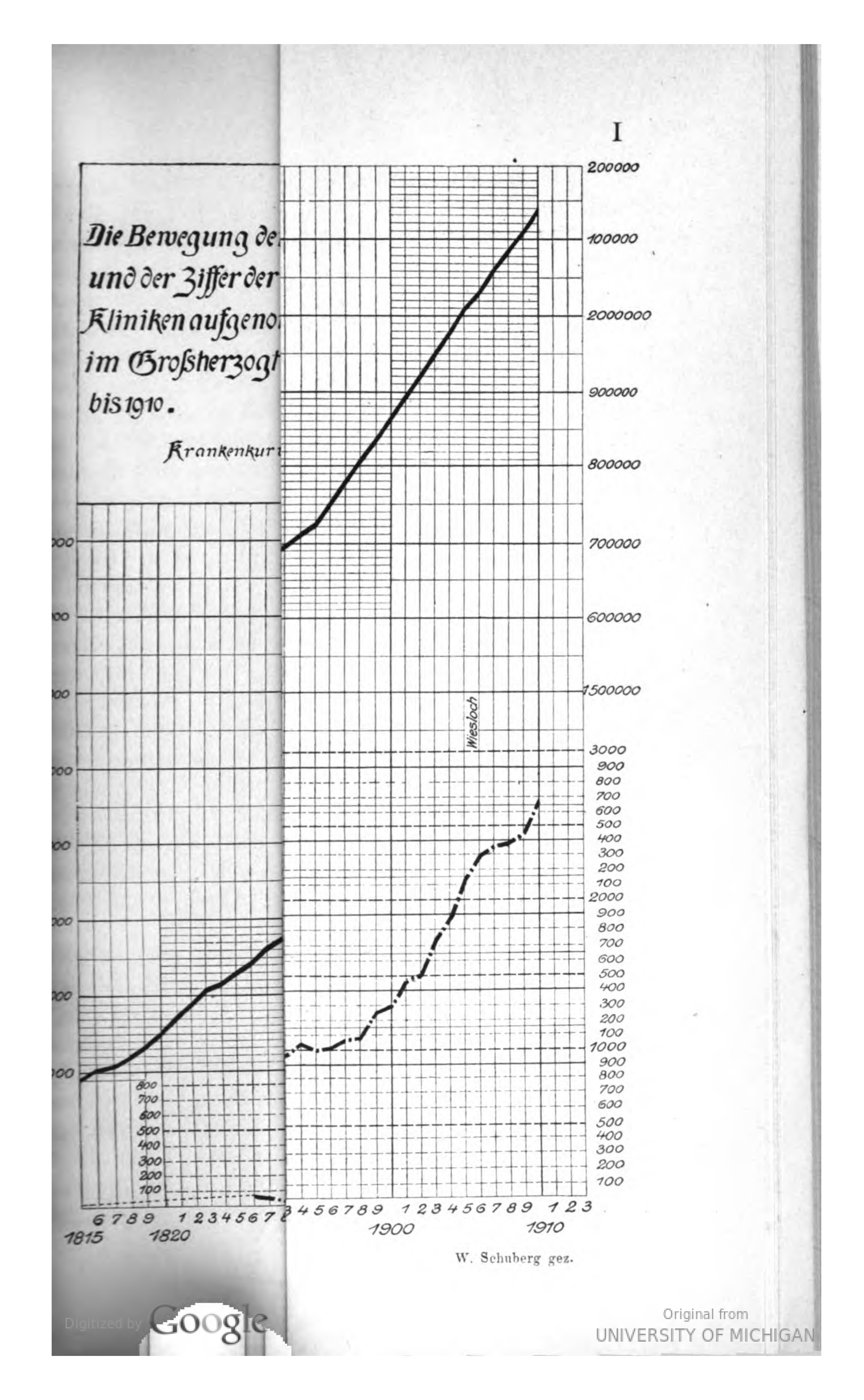
[1]) Daß unter diesen sicherlich die Badener zahlreich vertreten ren, geht aus der Lokalgeschichte hervor, die von völliger Evakuation zer Ortschaften, speziell in Mittelbaden, zu erzählen weiß.



Ursache hierfür in Betracht zu ziehen sein. Im übrigen entspricht die Erscheinung, daß der Eröffnung neuer Asyle ein Anwachsen der Aufnahmeziffern nachzufolgen pflegt, einer allgemeinen Erfahrung. Für Baden muß dabei in erster Linie die im Verhältnis zu anderen Ländern große Zahl der Überführungen in Rechnung gestellt werden. Die geschichtliche Entwicklung hat die Sonderung von Aufnahme- und Übernahmeanstalten mit sich gebracht, die eine relativ lebhafte Binnenbewegung innerhalb der psychiatrischen Institute unseres Landes zur Folge hat. Da nun in der Landesstatistik die statistischen Resultate der einzelnen Anstalten bisher nur summiert wurden, figurieren die Überführungen auch unter den Aufnahmen der Übernahmeanstalten. Eine Vermehrung der Landesanstalten wird somit schon aus diesem Grunde ein erhebliches Anwachsen der Aufnahmeziffer und zwar ohne wirkliche Zunahme der in Anstaltspflege Gelangten zur Folge haben. Ferner ist es eine auch sonst beobachtete Erscheinung, daß eine erweiterte Unterbringungsmöglichkeit regelmäßig auch zu einer erhöhten Inanspruchnahme Anlaß gibt. Man erklärt sich diesen Vorgang durch die begründete Annahme, daß manche bis dahin zu Hause verpflegte Geisteskranke im Anschluß an die Eröffnung eines näher und günstiger gelegenen Asyls in Anstaltspflege untergebracht werden. Immerhin ist die Steigerung der Aufnahmen, gerade in den beiden letzten Jahrzehnten, so hochgradig, daß sie sich aus den beiden genannten Gesichtspunkten nicht ausschließlich ableiten läßt; um so weniger als der anfänglich starke Zufluß von Geisteskranken in neue Asyle, speziell aus der näheren Umgebung, erfahrunggemäß nach einiger Zeit auf ein gewisses mittleres Niveau urückgeht.

Ein richtiges Bild von der Veränderung der Aufnahmeziffer gewinnen wir nur durch ihre Beziehung zur Bevölkerungszahl des gleichen Zeitabschnittes (vgl. Tafel II und Tabelle 1, Spalte 4). Auch hier ist die allgemeine Tendenz der Krankenkurve die gleiche wie bei Tafel I, die Knickungen aber sind zahlreicher, weil schon kleine Schwankungen sich mehr geltend machen, und die Erhebungen über die Durchschnittsrichtung scheinen bedeutender wegen des größeren Maßstabs. Mit der Eröffnung der Filialanstalt Pforzheim und der Anstalt Illenau springt die Kurve deutlich empor, verläuft dann staffelförmig bis 1854;





Die Bewegung de
und der Ziffer der
Kliniken aufgeno
im Großherzogt
bis 1910.
Krankenkur
Wiesloch
200000
100000
2000000
900000
800000
700000
600000
1500000
3000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
2000
1000
1815
1820
1900
1910
W. Schuberg gez.

II

Die Bewegun

in % der

18

Wiesloch

1,25 1,20 1,15 1,10 1,05 1,00 0,95 0,90 0,85 0,80 0,75 0,70 0,65 0,60 0,55 0,50 0,45 0,40 0,35 0,30 0,25 0,20 0,15 0,10 0,05 0,00

6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

1815 1820 1900 1910

W. Schuberg gez.



hier muß, weil niederer Bevölkerungsstand und relativ hohe Krankenziffer konkurrieren, ein ziemlich starker Ausschlag erfolgen. Ganz ähnlich ist der Befund beim Jahre 1867: von 1864 bis 1867 stagniert die Bevölkerungsziffer fast gänzlich, die Aufnahmeziffer dagegen steigt erst langsam, übertrifft aber im Jahre 1867 das Vorjahr um 0,065‰. Es folgt mit einigen Schwankungen ein lytischer Abfall der Kurve bis zum Jahre 1876 (die unbedeutende Hebung im Jahre 1871 findet vielleicht ihre Begründung in der ermittelten relativ höheren Erkrankungsziffer der Frauen während des Kriegsjahres), dann ein mehrfach gebrochener wagrechter Verlauf, am stärksten beeinflußt 1879/80 mit der Inbetriebnahme der Klinik Heidelberg. 1887 sehen wir das gleiche Bild wie früher; die Klinik Freiburg wird eröffnet, daher eine Hebung der Kurve und 1889 das gewaltige Emporschnellen mit den ersten Aufnahmen in Emmendingen. Hier ist in dem einen Jahr die Höhendifferenz so groß wie während der 15 Jahre von 1852 bis 1867. Im letzten Jahrzehnt des vergangenen Jahrhunderts wieder ein staffelförmiger Anstieg bis 1899; von da an, nur zweimal gegliedert in den Jahren 1900 und 1902, ein jähes Emporsteigen, das nur noch einmal durch eine Stufe in den Jahren 1906 bis 1908 unterbrochen wird.

Unsere bisherige Betrachtungsweise, Aufnahmeziffer und Bevölkerungsziffer eines jeden einzelnen Jahres in Verbindung zu bringen, ist jedoch vom Standpunkt des Bevölkerungsstatistikers methodisch nicht einwandfrei, weil nur in gewissen — auf Tabelle 1 mit Z bezeichneten — Jahren die Bevölkerungsziffer als Ergebnis einer Zählung Anspruch auf Genauigkeit hat (in den anderen Jahren ist die Zahl der Einwohner rechnerisch festgestellt, und zwar bis 1885 auf Grund der Annahme einer gleichmäßigen jährlichen Vermehrung von einer Zählung zur anderen, vom Jahr 1885 ab durch die Methode der Interpolation). Wenn also eine im Sinne der Bevölkerungsstatistik genaue Berechnung erzielt werden soll, dürfen ihr nur die Ergebnisse der einzelnen Volkszählungen zugrunde gelegt werden. Wir haben, da Zufälligkeiten, wie besonders hohe Morbidität gerade im Jahre der Zählung, unterlaufen können, die Aufnahmen der zwischen zwei Volkszählungen liegenden Jahre zusammengefaßt und das Promilleverhältnis ihres arithmetischen Mittels jedesmal zu dem Ergebnis der Volkszählung, welche diesen Zeitraum abschließt, berechnet.



Tabelle 2.

1	2	3	4
Jahr der Volkszählung	Bevölkerungsziffer nach dem Ergebnis der Zählung	Durchschnittsziffer der Aufnahmen zwischen 2 Volkszählungen	‰ der Bevölkerung
1826	1 145 952	75	0,065
1827	1 164 282	61	0,052
1828	1 176 075	47	0,031
1829	1 188 340	84	0,071
1830	1 200 471	143	0,119
1834	1 230 791	59	0,046
1837	1 268 965	48	0,038
1840	1 296 464	61	0,046
1843	1 334 865	131	0,098
1846	1 367 486	157	0,100
1849	1 362 774	164	0,120
1852	1 357 208	228	0,168
1855	1 314 837	300	0,228
1858	1 335 952	323	0,241
1861	1 369 291	370	0,270
1864	1 428 035	432	0,302
1867	1 434 970	487	0,339
1871	1 461 562	493	0,337
1875	1 507 179	493	0,327
1880	1 570 254	472	0,300
1885	1 601 255	498	0,311
1890	1 657 867	649	0,392
1895	1 725 464	972	0,563
1900	1 867 944	1 154	0,617
1905	2 010 728	1 740	0,875
1910	2 142 833	2 426	1,132

Tabelle 2 gibt diesen Befund wieder. Graphisch dargestellt würde sich die Kurve mit der auf Tafel II nahezu decken, nur wären die Ausbuchtungen und Einkerbungen durch die Reduktion der 5 bzw. 4 oder 3 Jahres-Aufnahmeziffern auf eine nahezu verstrichen, und die charakteristischen Punkte kämen aus demselben Grunde alle etwas tiefer zu liegen.

Bei beiden Kurven und Tabellen zeigt das Gesamtresultat der Aufnahmebewegung eine anfänglich wenig und langsam, später eine

rascher und stärker steigende Tendenz, die sich keineswegs aus den erwähnten Fehlerquellen wie: erhöhte Aufnahmeziffer in-Folge der Einbeziehung der häufigeren Überführungen, (Binnenbewegung) und vermehrte Unterbringungsmöglichkeit, allein erklären läßt. Wir sind vielmehr gezwungen, anzunehmen, daß die vermehrte Aufnahmezahl im weiteren doch auch durch eine vermehrte Erkrankungsziffer ursächlich bedingt sein muß. Diese zu eruieren ist aber bei der bisher üblichen Gewinnung des irrenstatistischen Materiales nicht möglich. In dieser Beziehung können wir von der Anstalts-Statistik einen zuverlässigen Anhaltspunkt nur dann erwarten, wenn wir die jährlichen Aufnahmen durch einen langen Zeitraum sämtlich nach Erst- und Mehraufnahmen zu sichten vermögen. Das wird aber erst der Fall sein, wenn die offizielle Irrenstatistik in besonderer Berücksichtigung dieses Bedürfnisses umgestaltet sein wird.

Ein Hauptererfordernis einer solchen Reform ist der Übergang von der Anstaltsstatistik zur Landes- bzw. Reichsirrenstatistik: die statistischen Ergebnisse der Einzelanstalten dürfen nicht summiert, sondern müssen als ein einheitliches Ganzes verarbeitet und die sämtlichen Aufnahmen eines Bundesstaates nicht nach Erst- und Mehraufnahmen der einzelnen Anstalten, sondern nach solchen im Lande selbst gesondert werden. Denn erstens handelt es sich beim Gros der wiederaufgenommenen Individuen stets um dieselbe psychische Erkrankung wie bei der Erstaufnahme, ganz im Gegensatz zu der Statistik der körperlichen Krankheiten, die dasselbe Individium als in sich geschlossene Erkrankung mehrmals während des Lebens befallen können. Zweitens werden nur auf diese Weise Doppelzählungen vermieden, sowohl bei den statistischen Berechnungen über die quantitative Beteiligung der einzelnen Psychosen an der Gesamtheit der Erstaufnahmen, als auch beim Vergleich der Aufnahmen eines Jahres (Längsschnitt) mit dem Momentbild einer Volkszählung (Querschnitt). Drittens ist die für jede demographisch-psychiatrische Vergleichung unentbehrliche Altersangabe überhaupt nur bei den Erstaufnahmen verwertbar.

Diese Sonderung der Erstaufnahmen läßt sich zuverlässig einzig durch die Einrichtung des von *Roemer* vorgeschlagenen Irren-

katasters, d. h. einer Sammlung von Individualkarten aller erstmals Internierten durchführen, einer Institution, die auch für die psychiatrische Erblichkeits- speziell die Familienforschung von grundlegender Bedeutung ist. Zur Klärung der Frage, ob wir mit einer Zunahme der geistigen Erkrankungen zu rechnen haben, wird dann die Bewegung der Ziffer der Erstaufnahmen in Relation mit der Bevölkerungsziffer regelmäßig zu verfolgen sein, wobei zweckmäßig zugleich die im betreffenden Territorium wohnhaften und geborenen Erstaufgenommenen besonders dargestellt werden.

Wie die Erfahrung lehrt, werden derartige statistische Reformvorschläge bei den offiziellen Stellen nur langsam akzeptiert und in die Praxis umgesetzt. Es ist deshalb besonders darauf hinzuweisen, daß die psychiatrischen Institute eines jeden Territoriums der Einführung eines solchen Katasters wirkungsvoll vorarbeiten können, indem sie ihr gesamtes Aufnahmematerial in Sammlungen von Individualkarten der Erstaufnahmen ordnen.

In diesem Sinne haben wir in Illenau begonnen, die Erstaufnahmen seit Eröffnung der Anstalt (1842) aus der Masse der Gesamtaufnahmen mit Hilfe von Individualkarten zu isolieren, und hoffen, auf diese Weise zur Klärung unseres Problems noch geeigneteres Material beschaffen beischaffen zu können.

Literatur:

Fischer, Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden 1909.

Derselbe, Statistisches aus dem badischen Irrenwesen. Psych.-Neurol. Wochenschr. Jahrg. XIII. Nr. 6.

Roemer, Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit. Psych.-Neurol. Wochenschr. Jahrg. XIII. Nr. 10.

Derselbe, Zur Methodik der psychiatrischen Ursachenforschung. Vortrag auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte, Karlsruhe, September 1911.

Derselbe, Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Jahrg. 1912, Heft 3.



Rüdin, Über den Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und Kultur. Referat auf dem 4. Internat. Kongr. zur Fürsorge für Geisteskranke. Berlin, Oktober 1910.

Tamburini, Über den Zusammenhang zwischen Zivilisation und Geisteskrankheit. Referat auf demselben Kongresse.

Weber, Ist eine Zunahme der Geisteskranken festzustellen? Vortrag auf demselben Kongresse.

Wilmans, Die Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskranken in Baden und ihre Ursachen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. IV. Heft 5.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

99. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau am 7. Dezember 1912.

Anwesend die Herren *Alter*-Breslau (Krietern), *Alzheimer*-Breslau, *Bindemann*-Obernigk, *Braunert*-Kreuzburg, *Chotzen*-Breslau, *Dinter*-Leubus, *Dresen*-Lüben, *Freund*-Breslau, *Fuchs*-Leubus, *Golla*-Breslau, *Grau*-Lüben, *Hahn*-Breslau, *Hayn*-Beuthen, *Jirzik*-Ziegenhals, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kieserling*-Lublinitz, *Köbisch*-Obernigk, *Konietzny*-Rybnik, *Kunze*-Leubus, *Kutner*-Breslau, *Loewenstein*-Obernigk, *Mann*-Breslau, *Mersch*-Freiburg, *Neisser*-Bunzlau, *Nicolauer*-Breslau, *Petersen*-Brieg, *Popp*-Bunzlau, *Preissner*-Lüben, *Reich*-Breslau, *Rixen*-Breslau, *Rother*-Brieg, *H. Sachs*-Breslau, *Schinke*-Tost, *Schlesinger*-Breslau, *Schmidt*-, *Schöngarth*-, *Schott*-Sorau N.-L., *Schubert*-Kreuzburg, *Schütze*-Tost, *Sittig*-Prag, *Sprengel*-Birkenhof, *Stein*-Plagwitz, *Stertz*-, *Stöcker*-Breslau, *Ulysses*-Breslau, *Wicht*-Lublinitz, *Wilcke*-Plagwitz, *Zander*-Rybnik, *Ziertmann*-Bunzlau.

I. Geschäftliches.

Herr *Neisser* begrüßt nach Eröffnung der Sitzung Herrn Professor *Alzheimer*, welcher kürzlich zur Leitung der Breslauer Klinik berufen worden ist und zum ersten Mal einer Vereinssitzung beiwohnt. Herr *Alzheimer*, ferner Herr Privatdozent Dr. *Stertz*, Oberarzt der Klinik, und Herr Dr. *Marx*, Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Kreuzburg, treten dem Verein als Mitglieder bei.

Herr *Neisser* widmet sodann einige warme Gedenkworte dem am 26. Oktober 1912 verstorbenen langjährigen Vereinsmitgliede Dr. *Richard Sandberg*, welcher gemeinsam mit seinem Jugendfreunde Dr. *Landsberg* seit vielen Jahren die Kuranstalt Thalheim in Bad Landeck besaß und ärztlich leitete: „Wenn *Richard Sandberg* auch seit lange nur noch selten in den Vereinssitzungen erscheinen konnte, so ist er doch in seiner praktischen Tätigkeit und in seinem Interesse seiner alten psychiatrischen Neigung dauernd treu geblieben. Die jüngere psychiatrische Generation, welche ihre historischen Studien in der Regel nur bis zu den Arbeiten ihres Lehrers und führenden Klinikers auszudehnen pflegt, weiß von *Sandberg* wahrscheinlich wenig, und doch überragt seine Doktordissertation aus dem

ıhre 1887: „Beiträge zur Charakteristik der Wahnideen der chronisch ›rrückten" an Tiefe in der Behandlung der Fragen die meisten späteren ıschlägigen Literaturerzeugnisse, und seine Ausführungen haben auf *eynert* seinerzeit überzeugend gewirkt. In weiteren Kreisen beachtet ırde später seine kleine polemische Streit- und Schutzschrift: „Der ›enarzt und sein unehrliches Gewerbe". *Sandberg* war auch ein hervor- ›ender Nietzsche-Kenner.

Von Interesse dürfte sein, daß die Ansicht von *Möbius*, der die Vor- ›ten und Anfänge von Nietzsches geistiger Krankheit in seinem Leben d auch in seinen Schriften jahrelang zurückverfolgen zu können geglaubt t, von ihm nicht geteilt und wohl mit Recht auch vom psychiatrischen andpunkte als wenig überzeugend erachtet wurde. Es ist sehr zu be- ıgen, daß *Richard Sandberg*, der wie wenige berufen war, ein Urteil ab- geben — von einem kleinen Feuilleton abgesehen — nicht zu einer erarischen Bekundung seiner Auffassung zu bewegen gewesen ist. *Sand-g* vereinigte in einem ungewöhnlichen Grade bei sich künstlerische, mütliche, wissenschaftliche und spekulative Bedürfnisse und Fähig- iten, und seine immer lebendige Persönlichkeit übte eine eigene Wirkung f alle aus, die mit ihm in Berührung kamen. Er ist seinen Patienten, iner Familie, seinen Freunden, zu deren nächsten ich mich rechnen darf, el zu früh gestorben. Die Lücke, die ein solch eigenartiger Mensch läßt, ıließt sich nicht." Das Andenken wird in üblicher Weise durch Erheben n den Plätzen geehrt.

Für die Sommersitzung liegt eine Einladung von Lublinitz vor. Mit icksicht auf die im Mai in Breslau stattfindende Tagung des Deutschen reins für Psychiatrie wird beschlossen, die Sommersitzung ausfallen lassen.

Sodann wurde zum Vorsitzenden an Stelle des nach Berlin übergesie- lten Geheimrat *Bonhoeffer* durch Zuruf Professor *Alzheimer* gewählt, lcher die Wahl annahm.

II. Vorträge.

Herr *Alzheimer*: „Über noch nicht genauer be- nnte paralyseähnliche Krankheitsbilder".

Die histologische Nachuntersuchung der als progressive Paralyse gnostizierten Fälle zeigt uns, daß sich darunter vereinzelte finden, en klinische Erscheinung die weitgehendste Übereinstimmung mit der ›gressiven Paralyse zeigte, während die Gewebsveränderungen anders- ige und von dem bekannten Bilde in den wesentlichsten Punkten ab- ichende sind. Ganz offenbar gehören diese Fälle nicht zur Paralyse, ıdern zu einer oder, wie es nach dem histologischen Befunde scheint, mehreren noch nicht genauer bekannten Krankheiten. Über die ıufigkeit solcher Fälle, über ihre wesentlichen ätiologischen und klini-



schen Besonderheiten und über differentialdiagnostisch brauchbare Erkennungszeichen kann erst eine größere Kasuistik brauchbare Aufschlüsse geben.

Es werden kurz die Krankengeschichten dreier Fälle mitgeteilt. Besonders ein Fall zeigte ein so ausgesprochen paralytisches Bild (blöde Euphorie, Größenideen, dann wieder absurde hypochondrische Wahnideen, ausgesprochenes Silbenstolpern), daß er wiederholt vom Vortr. als Schulfall einer progressiven Paralyse in Kursen vorgestellt wurde. Im mikroskopischen Bilde fand sich nichts von luischen, arteriosklerotischen, senilen oder präsenilen Veränderungen, gegen eine alkoholische Verblödung sprach in allen Fällen die Anamnese. Das Fehlen jeder entzündlichen Veränderung in Gehirn und Meningen ließ eine Paralyse ausschließen. Dagegen fanden sich Zellen- und Faserausfälle, die an Schwere nicht hinter denen der Paralyse zurückstanden.

Die Wassermannsche Reaktion hatte in dem einen Falle, bei dem sie vorgenommen werden konnte, im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit gefehlt, ebenso eine Vermehrung der Zellen der Spinalflüssigkeit. Reflektorische Pupillenstarre war in keinem Falle vorhanden gewesen. Vielleicht dürfte das Fehlen der Wassermannschen Reaktion neben dem Mangel einer Lichtstarre der Pupillen bei einem paralyseähnlichen Krankheitsbilde, wenn sich eine luische, arteriosklerotische, senile oder präsenile und alkoholische Verblödung ausschließen läßt, jetzt schon im Leben die Erwägung nahelegen, daß es sich um eine zu diesen Fällen gehörige Erkrankung handelt.

Herr *H. Sachs*: „Traumatische Spätblutungen in die Rückenmarkshäute."

(Der Vortrag wird anderweitig ausführlich veröffentlicht werden.)

Diskussion: Herr *Sittig* fragt, ob es nicht möglich war, die Lumbalpunktion auszuführen, die ja die Diagnose am ehesten ergeben haben würde.

Herr *Sachs*: Leider ist dies nicht geschehen, es ist auch aus äußeren Gründen keine Röntgenaufnahme gemacht worden.

Herr *Alzheimer*: Die histologischen Untersuchungen von *Jacob* über Einwirkungen von Traumen auf das zentrale Nervensystem haben für die Erkenntnis der posttraumatischen Erkrankungen des Rückenmarks und Gehirns wichtige Beiträge geliefert. Bei den Versuchstieren zeigten sich gelegentlich Blutungen ins Nervengewebe und die Meningen, die nach ihrer histologischen Beschaffenheit jünger als das Trauma zu sein schienen. Diese Befunde machen also das Vorkommen posttraumatischer Blutungen wahrscheinlich. Die Art ihrer Entstehung erscheint aber heute noch nicht genügend geklärt.



Herr *Sprengel*: „Praktische Aufgaben gegenüber r Psychopathie.“

M. H.! Ohne übersehen zu wollen, daß unter den Psychopathen h solche Persönlichkeiten vorhanden sind, die in hervorragender Weise Kultur gefördert haben, daß unter den Heroen, Märtyrern, den großen indern und Reformern der Weltgeschichte sich viele psychopathische turen befinden, so muß man doch gestehen, daß diejenigen Fälle, die ktisch den Psychiater oder, allgemeiner gesagt den Nervenarzt interеren, kulturwidrige Elemente sind.

Es ist heute nicht meine Aufgabe, eine Symptomatologie der Psychohie zu geben, ich möchte aber von vornherein das festlegen, was ich er Psychopathie verstehe.

Mit *Mönkemöller* sehe ich das Wesentliche dieses dehnbaren und llernden Krankheitsbegriffes in der mangelhaften Widerstandfähiggegen die Schädigungen des Lebens und die unregelmäßige Ausbildung gesamten psychischen Persönlichkeit. Gemeinsam ist allen Fällen ihre isite Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Zuständen der Umng und ihre Wirkung auf die soziale Struktur in meist destruktivem, endem Sinne.

Was den Psychopathen für die Allgemeinheit so wichtig macht, ist der a- bzw. antisoziale Charakter seiner Persönlichkeit; mag dieses alwidrige auch nicht immer die breite Öffentlichkeit beunruhigen und n, so wird es doch wenigstens die eigene Familie beunruhigen, in Sorge n, sie eventuell ruinieren.

Eine ganz wesentliche Förderung unserer Auffassung über die Psychoie hat uns die Fürsorgeerziehung gebracht.

Die Fürsorgeerziehung Minderjähriger verdanken wir dem Gesetz 2. Juli 1900, das am 1. April 1901 in Kraft getreten ist. Das Gesetz eine Erweiterung des sogenannten Zwangserziehungsgesetzes vom März 1878 dar. Der Unterschied ist rein äußerlich schon ein recht er, dadurch daß die Zwangserziehung sich nur auf die Kinder erkte, die zwischen dem 6. und 12. Jahre eine strafbare Handlung been hatten, während das neue Fürsorgegesetz eine Altersgrenze nach n nicht festsetzt, nach oben bis zum 18. Lebensjahre geht. Der Forttt liegt aber besonders darin, daß die Fürsorgeerziehung ohne Delikt tzt, schon um die Verwahrlosung des Minderjährigen zu verhüten ihn vor völliger sittlicher Verderbnis zu schützen.

Über die Bedeutung des Gesetzes einige Zahlen:

1900 vor Beginn des F. E. G. nur 1504 Zwangszöglinge, 1901 dagegen 7787 Fürsorgezöglinge; der jährliche Zuwachs an Fürsorgezöglingen betrug etwa 7000, so daß in der Zeit von 1901 bis 1910 im ganzen 71 548 Fürsorgezöglinge überwiesen wurden.

Davon im Laufe der Jahre etwa 20 000 entlassen, so daß zurzeit über 50 000 Fürsorgezöglinge im ganzen in staatlicher Fürsorge stehen.



Im Durchschnitt kamen auf 10 000 jugendliche Einwohner in Preußen 6,5 männliche und 3,8 weibliche Fürsorgezöglinge.

M. H.! Selbst auf die Gefahr, mit weiteren Zahlen lästig zu fallen, muß ich doch noch einige anführen, da sie das Auge für die Bedeutung der Psychopathie öffnen und uns die nötige nähere Kenntnis dieser Zustände vermitteln.

Bei der Rekrutierung der Fürsorgezöglinge fällt eine ungleich stärkere Beteiligung der Städte gegenüber dem Lande auf, und von den Städten sind es wieder die Großstädte, die ungünstige Zahlen liefern. Der Unterschied zwischen den ländlichen Bezirken und denen mit stärkerer städtischer Bevölkerung geht bis zu einer doppelten Steigerung der für das Land geltenden Zahlen.

Interessant ist, daß unter den Großstädten die am schlechtesten dastehen, die eine starke Industriebevölkerung haben, was aus dem Vergleich zwischen München und Nürnberg erhellt. M. ist eine sehr viel größere Stadt, hat aber eine wesentlich kleinere Kriminalziffer der Jugendlichen als Nürnberg. — Bezüglich der Abstammung und Belastung der Fürsorgezöglinge will ich nur die Zahlen zweier Autoren anführen:

So fand *Cramer* [1]) im Jahre 1909:

direkte Belastung	49 %
durch Alkohol	23 %
durch geistige Abnormität	1,6 %
doppelte Belastung	15 %

Gruhle [2]) in seiner sehr gründlichen und umfassenden Studie vom Jahre 1912 („Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität) gibt folgende Zahlen:

direkte Belastung	47 %
durch Alkohol	34 %
durch geistige Abnormität	22 %
doppelte Belastung	8,6 %.

Bei anderer Gruppierung der statistischen Ergebnisse fanden sich bei 6920 Fürsorgezöglinge eines Jahrganges bei den Eltern der Fürsorgezöglinge:

40,9 % Eltern bestraft,
28 % hatten schlechte Neigungen,
33 % Trunksucht, Unzucht ergeben,
30 % geistig minderwertig.

Die Kriminalitätsziffer von 7363 Fürsorgezöglingen eines Jahrgangs gestaltete sich so:

2178 bestraft,

---

[1]) *Cramer*, Allgem. Ztschr. f. Psych. 67, 493 ff.

[2]) *Gruhle*, Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Heidelberg. Abhandl. I. Berlin 1912.



3516 schlechte Neigungen,
721 geistige Fehler,
1682 körperliche Fehler.

Von den schulentlassenen Zöglingen dieses Jahrganges neigen

795 zum Betteln und Vagabundieren,
923 Mädchen waren verwahrlost,
137 litten an erworbener Syphilis,
9 an ererbter.

Es waren von den weiblichen Fürsorgezöglingen jungfräulich nur 7 % (*Cramer* l. c.).

Der Prozentsatz der unehelichen Fürsorgezöglinge betrug in Bayern, wo man Erhebungen darüber angestellt hat, 22,1, während der sonstige Durchschnitt 12,2 beträgt.

In der Erforschung des geistigen Zustandes der Fürsorgezöglinge hat die Psychiatrie im letzten Jahrzehnt ein sehr mühsames, aber sehr tüchtiges Werk geleistet. Die verschiedensten Psychiater haben sich an diese Aufgabe gemacht; ich nenne darunter *Mönkemöller*, *Cramer*, *Schröder*, *Thomas*, *Kluge*, *Schnitzer*, *Gruhle*. Sie kommen im allgemeinen zu dem Schluß, daß 40 bis 60 % der Zöglinge psychisch abnorm sind. Den Hauptprozentsatz bei den abnormen Fürsorgezöglingen liefern die Imbezillen, gleich darauf kommen die Psychopathen, während die Epilepsie und Dementia praecox eine sehr geringe Rolle spielen.

Wenn nun die Fürsorgeerziehung nicht den Erwartungen entsprochen hat, die man allgemein an sie knüpfte, so lag das daran, daß man dem Milieu am Zustandekommen der Verwahrlosung und Kriminalität einen zu großen Anteil zuschrieb, während man der Anlage, d. h. der angeborenen Konstitution, zu wenig Rechnung trug. Deshalb war die unangenehme Überraschung der Wirkungen dieses Gesetzes auch dem Psychiater von vornherein klar.

Es ist nun eine schwierige Aufgabe, die aber gelöst werden muß, Milieu und Anlagen nach Möglichkeit auseinanderzuhalten, und in umfassender, gründlicher Weise hat dies *Gruhle* in seiner erwähnten Arbeit versucht. der dabei zu folgenden Resultaten kommt.

Für die asoziale Entwicklung der Kinder war maßgebend:

9,5 % allein Milieu,
8,5 % hauptsächlich Milieu, aber auch Anlage,
40,9 % Milieu und Anlage,
20 % zum Teil Milieu, hauptsächlich Anlage,
20,9 % allein Anlage.

Wir sehen aus dieser Darstellung, was uns Nervenärzten ja auch nicht überraschend ist, das Vorwiegen der krankhaften Anlage über das ungünstige Milieu.

Es ergibt sich hieraus eine sehr wichtige Nutzanwendung, nämlich die, daß mit der Überweisung der Fürsorgezöglinge in eine Erziehungs-



anstalt noch durchaus nicht alles getan ist, daß vielmehr die Mitwirkung des Psychiaters in einem höheren Maße erforderlich ist, als sie bisher durchgeführt worden ist. Immerhin können wir nicht, wie es von vielen geschieht, von einem Fiasko des Gesetzes sprechen; denn ganz abgesehen davon, daß es die segensreiche Folge gehabt hat, daß es uns die unentbehrliche Basis abgegeben hat für das psychiatrische Eindringen in diese wichtigen soziologischen Verhältnisse, sind doch auch immerhin Erfolge zu verzeichnen. Die Statistik des Ministerium des Innern [1]) gibt über die Resultate der Erziehung nach einem im vorigen Jahre erschienenen Bericht folgenden Aufschluß:

Von 3361 nach dem 21. Lebensjahre seit 4 bis 5 Jahren aus der Fürsorgeerziehung entlassenen Zöglingen wiesen

74 % (73 %) genügende bis gute Führung aus,
9 % (11 %) zweifelhafte,
16 % (16 %) schlechte.

Wenn auch manche Autoren an dieser Statistik auszusetzen haben, daß die Nachforschungen zu stark bureaukratisch erfolgt sind und sich auf einen zu kurzen Zeitraum erstrecken, so bleiben doch immerhin noch ganz respektable Zahlen übrig.

Es erwies sich, daß die Erfolge um so besser sind, je früher die Fürsorgeerziehung einsetzte.

M. H.! Was lehren uns nun die bisher vorgebrachten statistischen Übersichten? Einmal führen uns diese Zahlen deutlich vor Augen, was wir alle wohl ungefähr schon angenommen haben, daß nämlich ganz bedenkliche gesellschaftliche Zustände in vielen Bevölkerungsschichten, namentlich den unteren, vorhanden sind. Fast ohne Ausnahme sind die Eltern des Heeres von Fürsorgezöglingen entweder bestraft, geistig und seelisch minderwertig, dem Alkoholismus, der Unzucht verfallen. Über 90 % der Eltern leben in bitterster Armut und erreichen nur ein Höchsteinkommen von 900 M. pro Jahr. Die Kinder dieser Eltern sind zum großen Teile mit seelischen Mängeln behaftet und sittlich verwahrlost.

Zweitens lehren uns die Zahlen, daß die Fürsorgezöglinge ungefähr in ihrer Hälfte nach psychiatrischen Grundsätzen als abnorme Individuen anzusehen sind, die eben auf Grund dieser mangelhaften Anlagen kriminell oder asozial werden müssen, falls nicht eine Erziehung nach psychiatrischen Grundsätzen einsetzt.

M. H.! Welches sind nun die Folgerungen, die wir hieraus zu ziehen haben, und die Forderungen, die wir bei unserer tieferen psychologischen Erkenntnis aufstellen müssen? Das sind einmal, daß die Fürsorgeerziehung noch viel mehr wie bisher vorbeugend zur Wirksamkeit gebracht werden muß,

[1]) Statistik über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger usw., bearbeitet im Kgl. Preuß. Ministerium des Innern, 1911.

3 man nicht warten darf, bis arge Verstöße gegen Gesetz und Ordnung tande kommen, bevor die Fürsorgeerziehung verhängt wird. Wir müssen ner fordern, daß die Mitwirkung des Psychiaters an der Fürsorgeerzieng mehr wie bisher in den Vordergrund tritt. Dabei hat sich die Streitge ergeben, ob bereits bei der Verhängung der Fürsorgeerziehung der ychiater mitzuwirken hat. Einmal um die Richter in immer steigendem ße auf die psychologischen Verhältnisse aufmerksam zu machen, eitens, dafür zu sorgen, daß nicht etwa die Fürsorgeerziehung bei einem hunkundigen Richter ersetzt wird durch eine Schutzaufsicht bzw. Patroge, die ja in den allermeisten Fällen versagen muß. Eine zweite wichtige rderung ist, daß zu den Erziehungsanstalten noch bestimmte Sonderstalten hinzuzutreten haben, in denen die psychopathischen Fürsorgeglinge untergebracht werden müssen, um hier unter psychiatrischer erleitung die richtige Einwirkung zu erhalten.

Bei dieser Forderung ist darauf hinzuweisen, daß nach dieser Richng bereits vieles geschehen ist. Solche Sonderanstalten existieren bereits verschiedenen Provinzen. Als eine der ersten Provinzen hat Brandenrg, und zwar ist das ein Verdienst des Direktors *Kluge* aus Potsdam, h an die Begründung der Sonderanstalten gemacht. Die erste dieser nderanstalten ist das Bethlehemstift in Potsdam, das im Jahre 1905 öffnet wurde, wo ich Gelegenheit hatte, mich mit diesen Fragen zuerst beschäftigen. In dieses Bethlehemstift bekamen wir aus der ganzen rovinz die männlichen Fürsorgezöglinge, die sich wegen ihres abnormen erhaltens und ihrer Unfähigkeit zur Disziplinierung als sehr störende nd unerziehbare Elemente bemerkbar gemacht hatten. Mittlerweile ist Potsdam noch eine Sonderabteilung für weibliche Fürsorgezöglinge, e „Helenenstiftung“, errichtet.

Solche Gründungen sind ferner erfolgt in der Irrenanstalt Frankrt a. M. unter Prof. *Sioli*, und unter der Regie von *Cramer*-Göttingen t eine solche Anstalt in Göttingen im Sommer 1912 eröffnet; ferner estehen schon solche Sonderabteilungen in Lichtenberg bei Berlin, welche rztlich von der nahegelegenen Anstalt Dalldorf versorgt wird, im Füroregehaus Silberhammer für Westpreußen, in der Provinzialanstalt für chwachsinnige zu Rastenburg für Ostpreußen.

Für Schlesien existiert eine solche Sonderanstalt in Leschnitz-Schles. om Verein für Erziehung Geistesschwacher, ferner wird hier die Errichtung iner neuen Anstalt geplant, ebenso wie diese Frage bei andern Provinzen ich in lebhaftem Fluß befindet.

Zur Ermittlung der geistig abnormen Fürsorgezöglinge haben die neisten preußischen Provinzialverwaltungen seit mehreren Jahren regelnäßige p. n. Untersuchungen angeordnet, und der preußische Justizninister hat in zwei Verfügungen vom Juni 1909 und Januar 1911 in ankenswerter Weise die Vormundschaftsgerichte angewiesen, die Ermittlungen im Laufe eines gerichtlichen Fürsorgeverfahrens auch auf die



Gesundheitsverhältnisse, insbesondere die geistige Beschaffenheit der Minderjährigen, auszudehnen.

Wir sehen also, daß nach dieser Richtung unsere psychiatrischen Kenntnisse und Feststellungen erfreuliche Erfolge verzeichnet haben, und wir können überzeugt sein, daß, soweit es die Provinzialverwaltungen anbetrifft, die Anstaltspsychiater es nicht fehlen lassen werden, unseren gerechtfertigten Forderungen auch weiterhin Geltung zu verschaffen.

Doch ist damit nur ein Teil unserer Aufgabe erfüllt. Denn wir dürfen nicht annehmen, daß die Fürsorgeerziehung auch wirklich nun alle Fälle umfaßt, die eine Fürsorge für unsere Jugend an und für sich erfordert. Namentlich die Kollegen, die in kleineren Städten in nähere Berührung mit der Bevölkerung kommen, werden an den Fingern verschiedene Familien herzählen können, wo wegen Mangels des Verständnisses der Nächstbeteiligten nicht eingeschritten wird, wo aber der geschulte psychiatrische Blick die psychopathischen Kinder zu sozial bedenklichen Individuen und Rechtbrechern heranreifen sieht.

Wir müssen uns daran gewöhnen, nicht immer nur allein von Staats wegen Remedur zu erhoffen, und können nicht immer verlangen, daß die Klinke der Gesetzgebung in die Hand genommen wird. Auch auf andern Wegen läßt sich vieles erreichen, einen solchen Weg hat uns *Ziehen* gezeigt.

Vor etwa Jahresfrist erschien eine kleine Schrift [1]), in der *Ziehen* in beweglicher Weise von der Not der jugendlichen, noch schulpflichtigen Psychopathen spricht, die keine ihnen zuträgliche Aufnahmestätte finden können. *Z.* berechnet den jährlichen Zugang an Psychopathen in der Berliner Poliklinik auf etwa 200; von diesen stellten stark drei Viertel die schweren Fälle dar, während knapp das letzte Viertel wegen geringer Ausbildung der krankhaften Symptome eventuell weiter in der Familie bleiben könne. Die erste Gruppe dagegen könnte nur eine zweckmäßige Behandlung und Fürsorge in einem eigens für solche Kinder erbauten Heim finden. Nach den von diesen Kindern bereits begangenen Delikten (40 von ungefähr 60 Knaben waren bereits straffällig), und nach den Äußerungen ihrer Anlagen hätte man mit Sicherheit anzunehmen, daß sie dem Verbrechertum, der Vagabundage, eventuell den Irrenanstalten, Siechenhäusern zuströmen würden.

In die Idioten- oder Irrenanstalt paßten diese Kinder nicht hinein, da sie weder geisteskrank noch schwachsinnig seien. Deshalb eigene Anstalten für solche Kinder, wo sie von entsprechend vorgebildeten Pädagogen unter Oberleitung eines Psychiaters erzogen werden. Die Kosten für solche Gründungen würden sich sehr bezahlt machen durch die späteren Ersparnisse der Gemeinden für den sonst sicher nötig werdenden Aufenthalt in Gefängnissen, Anstalten usw.

---

[1]) Die Erkennung der psychopathischen Konstitutionen und die öffentliche Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder von Prof. Dr. *Th. Ziehen*. Berlin 1912. Verlag von S. Karger.



Diese Anregung Z.s hat bereits gute Früchte getragen. Die deutsche trale für Jugendfürsorge hat bereits ein Heim für psychopathische, emittelte Kinder in Templin (Mark) errichtet; es sollte Anfang d. J. ogen werden mit zunächst 24 Zöglingen.

Auch die Stadtverwaltung Berlin hat die Anregung verständnisvoll gegriffen und erwägt, wie sie ihrerseits Abhilfe schaffen kann.

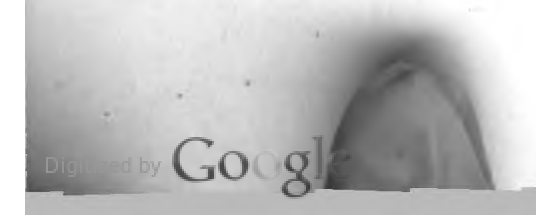
Es handelt sich hier wohlgemerkt nicht etwa um Fürsorgezöglinge, dern um solche Kinder, bei denen gesittete und ordentliche Eltern iale oder gar kriminelle Neigungen entdeckt haben und mit größter ge erfüllt sind, wie sie durch geeignete Erziehungsmaßnahmen die schen Mängel ausgleichen könnten.

Der Berliner Stadtschulrat hat sich schon in einem Zeitungsaufsatz ler *Ziehen*schen Anregung geäußert, und man liest dabei heraus, mit her Genugtuung er diese psychiatrischen Belehrungen hingenommen, wie er es als eine Pflicht der Stadtverwaltung ansieht, hier vorbeugend utreten, was er mir noch brieflich bestätigt hat. Es wird überhaupt seiten der Psychiater häufig bemerkt, daß in Laien- oder Verwaltungs- sen oft eine hohe Neigung besteht, sich psychiatrisch belehren zu n, weil sie die Not nach dieser Richtung hin sehen, ohne ihr mit den tigen Hilfsmaßnahmen steuern zu können.

Es bietet sich hier also noch ein dankbares Feld für die psychiatrische gkeit, und es wird jetzt an uns Nervenärzten sein, diesem Begehren Erweiterung psychiatrischer Kenntnisse und Aufklärung entgegen- mmen. Wohl in allen Gemeinden, mag es sich um größere oder kleinere te handeln, wird der Psychiater Gelegenheit finden sich zu betätigen.

Dannemann-Gießen hat auf dem internationalen Kongreß für Irren- e im Jahre 1910 ein Referat erstattet über „Psychiatrie und Armen- n" und mit Recht betont, daß unsere Armenpflege, mag sie von munen oder von sonstigen Verbänden getragen sein, nach psychiatri- Gesichtspunkten reformiert werden muß. Die Armenverwaltungen müßten dahin kommen, daß jeder Armutsfall in seinen psychologischen mmenhängen klargelegt wird. Denn in den meisten Fällen wird die hische Beschaffenheit an dem Pauperismus schuld sein. Das ist ren Kreisen schon a priori nichts Neues, hat aber seine zahlenmäßige ündung u. a. in einer Arbeit von *Wilmans* [1]) gefunden, der bei Unter- ung von Vagabunden nur etwa 6% normale Individuen gefunden hat. Psychopathie spielt auch hier eine außerordentlich große Rolle. *Danne-* empfiehlt eine Mitwirkung der Psychiater im Deutschen Verein für ltätigkeit und Armenwesen, dessen Schriften fortlaufend der Erfor- ng des Armenproblems gewidmet sind. Auch Vorträge vor den Armen- n, Waisenpflegern und all den Personen, die in dieser sozialen Arbeit n, würden hier vieles leisten und zur Aufklärung beitragen können.

[1]) Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig 1906.



Die Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt a. M. hat schon seit längerem die Notwendigkeit der Heranziehung von Psychiatern anerkannt und in die Praxis umgesetzt.

Als eine weitere eminent praktische Aufgabe für die Psychiatrie muß der Kampf gegen den Alkoholismus angesehen werden. Der Alkohol ist eine der größten Schädlichkeiten, die für den seelischen Defektmenschen in Betracht kommt. Es bildet vielfach die Brücke zwischen Psychopathie und Kriminalität. Seinem Einfluß ist es zuzuschreiben, daß jährlich Tausende von Psychopathen gezeugt werden. Daß der Alkohol ein Keimgift ist, das besonders zur seelischen Depravation der Nachkommen führt, wird wohl kaum mehr bestritten, und diese Auffassung ist auch schon weiteren Kreisen bekannt geworden. Weniger bekannt ist, daß ein Rauschzustand an sich in akuter Weise blastophthorisch (keimschädigend) wirken kann, da der Alkohol eine besondere Affinität zu den Keimdrüsen hat, die der zu dem Gehirn fast gleichkommt. Löst sich während des Rausches eine Keimzelle zur Zeugung eines Kindes ab, so kann sie nicht mehr, wie die andern, nach dem Rausch vom Blut in der Drüse entgiftet werden, und die Folge davon ist offenbar sehr oft ein minderwertiges oder degeneriertes Kind.

Diese Ansicht entwickelte und begründete ein so kompetenter Forscher wie *Forel*[1]) in einem Vortrag über „Alkohol und Degeneration", wobei er sich auf experimentelle Untersuchungen von *Nicloux* und *Renault* stützt.

Die Folgerungen aus diesen Tatsachen liegen auf der Hand. Der Nervenarzt muß bei der Behandlung von Psychopathen ohne weiteres völlige Enthaltsamkeit verlangen und sich nicht mit der Forderung eines mäßigen Genusses zufrieden geben. Aber nicht genug damit, er muß sich überhaupt zu den Kämpfern gegen den Mißbrauch alkoholischer Getränke gesellen und auf diese Weise verhüten, daß der Nachwuchs degeneriert. Der Kampf gegen den Alkoholismus wird zwar sehr rege betrieben, und es wird ein gewaltiges statistisches Material zusammengetragen, um seine Schädlichkeit zu beweisen, es muß da aber noch manches nach dieser Richtung hin geschehen. Die statistischen Zahlen (z. B. jährliche Ausgabe im Deutschen Reiche für alkoholische Getränke über 3 Milliarden Mark, mehr als für Heer und Flotte zusammen) usw., mit denen man bei diesem Kampf operiert, sind zur Genüge bekannt; weniger bekannt ist eine Feststellung, die m. E. die öffentliche Aufmerksamkeit in besonderem Maße aufrütteln kann. Es ist die von Professor *Forel* in seinem schon zitierten Vortrag angeführte Familiengeschichte einer Trinkerin, die bis zum Jahre 1740 zurückverfolgt ist. Es wurden 709 Nachkommen dieser Trinkerin ermittelt, darunter waren:

---

[1]) Bericht über den XIII. internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus, abgehalten im Haag vom 11. bis 16. September 1911. Verlag von I. van Bockhoren. Utrecht 1912.



142 Bettler,
46 von der Gemeinde unterhalten,
181 Prostituierte,
76 wegen Vergehen und Verbrechen verurteilte,
darunter 7 Mörder.

Die Nachkommen haben dem Staate bereits 5 Millionen gekostet. reits im Jahre 1892 sprach *Forel* [1]) aus:

„Die Alkoholvergiftung und die Psychopathie fördern und bedingen h gegenseitig, indem die eine zur andern stets prädisponiert; der Alkohol- rgiftete wird psychopathisch und erzeugt Psychopathen, der Psycho- the wird trunksüchtig und erzeugt Trinker."

Die rein nervenärztliche Behandlung eines Psychopathen muß vor lem darin bestehen, den Psychopathen an den Arzt zu gewöhnen und an e Persönlichkeit des Arztes zu fesseln. Selbstverständlich wird man auch irch die für alle Nervenkranken allgemein gültigen Behandlungsmethoden, ärkungs- und Beruhigungsmittel Einfluß gewinnen auf die gesamten ebensäußerungen; das Verhältnis zwischen Arzt und Psychopath muß ahin gehen, daß der Patient sofort sich ärztliche Hilfe sucht, wenn sich gendwelche Schwierigkeiten in seinem Leben ergeben. Bei dem Über- iegen des Trieb- und Gefühlslebens gegenüber den Regungen der Ver- unft, bei der für die Psychopathen so charakteristischen Unbeständig- eit und der Neigung, in Affektzuständen Entscheidungen von weit- ragender Bedeutung zu treffen, ist ein ständiges Korrigieren der Vor- tellungen und Absichten notwendig. Das ärztliche Geschick muß den Kranken davor bewahren, wegen kleinlicher Differenzen in Konflikt zu einen Behörden und Vorgesetzten zu treten, seine Stellung aufzugeben, venn ihm in seiner Hyperphantasie Wünsche und Hoffnungen entstehen, lie sich nicht rechtfertigen lassen. Es muß sie auch bewahren vor über- ilten Schritten in der Zukunftsgestaltung. Bei Heiratsabsichten können ur zu leicht diese leichtentzündlichen Naturen jede Vernunft beiseite assen und schnell bei der Hand sein, Eheversprechen abzugeben. Man erlebt bei diesen Psychopathen immer wieder, daß sie leichtsinnig eine Verlobung lösen, die andere ebenso leichtsinnig eingehen, daß sie ohne Rücksicht auf Familie, Nachkommenschaft, in der Unfähigkeit, ihre Triebe zu zügeln, sich binden und meist leider mit solchen Geschöpfen, die selbst in ihrem Innern angekränkelt sind. Denn eine in ihrem Kern gesunde, vernünftige Frau wird instinktiv bei den psychopathischen Naturen, die sich ihr nähern, das Krankhafte, Degenerative herausfühlen und demgemäß sich ihren Bewerbungen entziehen.

Wenn es gelingt, den Psychopathen in all den genannten Begleit- umständen des Lebens ein objektiver, sachlicher Führer und Leiter zu sein,

[1]) „Die Trinkerasyle und ihre Einfügung in die Gesetzgebung." Verlag von Chr. C. Tienken, Bremerhaven 1892.



so ist schon außerordentlich viel gewonnen. Zur Voraussetzung hat aber eine solche Leitung, daß der Arzt von vornherein in dauernder Beziehung zu seinen psychopathischen Patienten bleibt.

Ein weiterer Gesichtspunkt für die Behandlung ist der, daß man sich zu bemühen hat, den Kranken, wenn irgend möglich, in ein Milieu zu versetzen, wo Lebensreize an ihn in möglichst geringer Zahl und in möglichst geringer Intensität herantreten, ebenfalls wegen der den Psychopathen auszeichnenden hochgradigen und eigenartigen Reaktionsweise auf die aus der Außenwelt an ihn herangelangenden Reizmomente. Wenn es nötig erscheint, müssen die Kranken aus Berufen herausgenommen werden, wo sie infolge aufregender Momente stark gefährdet sind, wobei ich speziell an den Offizier und Börsenkaufmann denke. Daß ferner Psychopathen, wenn irgend möglich, aus der Großstadt zu entfernen und in einfache Verhältnisse kleiner Städte, am besten auf das Land zu versetzen sind, erscheint eine weitere selbstverständliche Forderung. Ist aus äußeren Gründen ein derartiges Vorgehen nicht möglich, so muß wenigstens dafür gesorgt werden, daß, wie ich vorhin schon andeutete, der Psychopath nicht durch fortwährenden Stellungswechsel mit den damit verbundenen selbstverständlichen Aufregungen, Reizen der neuen Umgebung sich nicht schädigt und das nur schwer behauptete seelische Gleichgewicht immer von neuem erschüttert bzw. verliert.

Schon seit *J. J. Rousseau* wird mit Eindringlichkeit gemahnt, „zurück zur Einfachheit und zur Natur!" Ist diese pädagogische Forderung schon gegenüber normalen Individuen gerechtfertigt, um wieviel mehr in Hinsicht auf die seelischen Defektmenschen. Selbstverständlich steht hier dem beratenden Nervenarzt gewöhnlich eine Bewältigung großer Schwierigkeiten bevor; denn die meisten unruhigen, von Begierde zum Genuß taumelnden Psychopathen werden von dem Großstadtleben angezogen wie die Motten von dem Licht; aber das darf uns nicht beirren an der Überzeugung, daß ein Ausgleich der disharmonischen Seelenregungen nur bei einfachsten, ruhigsten Lebensverhältnissen, bei dem Fehlen fortwährender Anstachelung und Anreizung ihres Trieblebens und ihrer Begierden möglich ist. Wenn der Schularzt beim Austritt der Kinder aus der Schule oder der Hausarzt bei seinen Familien seine Meinung äußern soll über die Berufswahl, so muß er eingedenk sein, daß hier eine wichtige Aufgabe von ihm gelöst werden muß und eine Aufgabe, der nur allein der Arzt gewachsen ist.

Wichtig ist bei der Behandlung der Psychopathen weiter die Entmündigungsfrage. Ist das Vorliegen einer psychopathischen Konstitution konstatiert, und sind Äußerungen dieses Seelenzustandes zutage getreten, die bedenklich erscheinen, so glaube ich, ist es notwendig, daß man mit der Entmündigung nicht zögert, sondern dieselbe sofort eintreten läßt, wenn der betreffende Patient in das Alter der Großjährigkeit gekommen ist. Die Abhängigkeit von seinem Vormund wird den Psychopathen in vielen Fällen gut schützen können, und da der Vormund das Recht hat, den Auf-

ıalt zu bestimmen, wird gegebenenfalls es leicht sein, eine Anstalts-
ındlung durchzuführen, wenn sonst die Mittel, auf den Psychopathen
uwirken, versagen. Es ist erstaunlich, wie Psychopathen durch Ent-
ıdigung und Anstaltsbehandlung, wenn ich sagen darf, flügellahm ge-
ht werden können. Der Anstaltsaufenthalt, nur lange genug durch-
hrt, hat doch meist den Einfluß, daß das Triebleben und die Impul-
ät sowie die gesteigerte Affekterregbarkeit eine erhebliche Einbuße
den. Wenn auch mitunter die ganze Persönlichkeit etwas Schaden
det durch langdauernde Asylierung, da insbesondere die geistige Reg-
keit, die Fülle der Interessen herabgesetzt wird, so wird man doch die
erdrückung der a- bzw. antisozialen Eigenschaften als wertvoller an-
n müssen und die eben erwähnten Schädigungen gern in den Kauf
nen. In leichteren Fällen von Psychopathie genügt es, den Kranken
ewissen Zwischenräumen zur kurzdauernden Behandlung, z. B. auf
ge Wochen, einer Nervenheilanstalt zuzuführen.

Wie in einer Nervenheilanstalt am besten die Behandlung der Psycho-
ıen stattzufinden hat, läßt sich im einzelnen sehr schwer sagen. Man
n praktisch von Erziehungsfragen wenig verstehen und darüber aus-
ichnete Werke schreiben, wie z. B. *J. J. Rousseau*, der seine eigenen
der dem Findelhause zur Erziehung anvertraute, und auf der andern
e kann jemand praktisch einiges leisten, ohne in der Lage zu sein,
iber in zweckmäßiger Form andern Mitteilung zu machen.

Alle hygienischen und prophylaktischen Maßnahmen, die einen
senniedergang zu verhindern suchen, müssen in dem Psychiater einen
derer finden. Denn wenn irgendwo die Gattung Mensch leidet, da
en auch im besonderen nervöse und Geistesstörungen in den Vorder-
ıd. So hat der Kinderarzt *Thiemich*-Magdeburg [1]) aufmerksam ge-
ht auf die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinder-
orge für die Verhütung der Epilepsie, Idiotie und Psychopathie. Er
nachgewiesen, daß einmal die Rachitis und Zahnkrämpfe fast nur bei
dern mit künstlicher Ernährung auftreten. Von den Kindern, die mit
vulsiven Zuständen während der Zahnperiode behaftet waren, blieb
ein Drittel normal, zwei Drittel hatten Nervenstörungen im Sinne all-
ıeiner Nervosität, der Psychopathie und schwacher intellektueller Be-
ung. Ebenso disponierten die Kinder mit lymphatischem Habitus,
gung zu Hautausschlägen und hartnäckigen Katarrhen der Luftwege
besonderen Maße zu Nervenkrankheiten und entständen ihrerseits meist
h nur, wenn künstliche Ernährung vorlag. Die selbstverständliche
derung, die *Thiemich* hiernach aufstellt, ist die ausreichend langer Er-
rung der Kinder an der Mutterbrust.

[1]) IV. internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke.
lin, Oktober 1910. Offizieller Bericht. Verlag Karl Marhold. Halle
., 1911.



Bunge betont schon seit langer Zeit, auf Grund seiner Untersuchungen und Erhebungen, den innigen Zusammenhang zwischen Stillunfähigkeit, Alkoholismus, Tuberkulose, Nervenleiden und Geisteskrankheit, die in einem engen Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen.

M. H.! Ich komme zum Schluß und möchte noch kurz auf die speziellen Arbeiten hinweisen, die uns für die nächste Zeit bevorstehen. Nachdem leider die Strafprozeßreform im vorigen Jahre vertagt ist, soll sie zusammen mit dem materiellen Strafrecht in späterer Zeit behandelt werden. Bei diesen gesetzgeberischen Maßnahmen gilt es, unsere Forderungen im Interesse der Rechtspflege durchzusetzen. Dahin gehört einmal die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit für die zahlreichen Psychopathen und Grenzfälle. Es handelt sich weiter darum, die Stellung des Trinkers im Rahmen des Strafgesetzes festzulegen nach der Richtung, daß das Antragsrecht auf Entmündigung sich auch auf den Staatsanwalt erstreckt, daß die Trunksuchtsdelikte eine Asylierung des Trinkers bis zu mehreren Jahren im Gefolge haben, und für den Strafverzug fordern wir die Einrichtung von Sonderanstalten, in denen die psychopathischen Elemente über die Strafzeit hinaus bewahrt werden bis zu dem Zeitpunkte, wo ihre Gemeingefährlichkeit als geschwunden anzusehen ist. Es steht ferner ein Jugendgerichtsgesetzentwurf zur allgemeinen Debatte, zu dem wir im Interesse einer richtigen Behandlung der psychopathischen Jugendlichen werden Stellung nehmen müssen, und ferner wird eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens nach den letzten Beratungen im Reichstag darüber nicht mehr lange auf sich warten lassen.

Zum Teil darf die Erfüllung der eben genannten Forderungen wohl bei diesen gesetzgeberischen Aktionen schon als gesichert anzusehen sein, aber je mehr die psychiatrische Erkenntnis vordringt, desto besser werden die Gesetze in unserem Sinne ausfallen.

M. H.! Mein Thema zwingt mich, noch einige allgemeine Ausblicke zu tun.

Auf dem letzten Jugendgerichtstag in Frankfurt a. M. (Oktober 1912) hielt der rühmlichst bekannte Pädagoge Professor *Foerster* ein Referat über das Problem „Strafe und Erziehung, Sühne und Besserung". Hierbei äußerte er nach dem mir bekannt gewordenen Bericht u. a. folgendes:

> „Nach der Statistik ist die Kriminalität der Jugendlichen in Deutschland immer noch im Wachsen begriffen. Wir dürfen aber noch keineswegs aus diesen statistischen Zahlen folgern, daß ein absoluter moralischer Niedergang unserer Jugend festgestellt ist; es handelt sich hier um die Wirkung der ganz exzeptionellen Lebensbedingungen, in die heute der erwerbstätige Teil der Jugend hingestellt ist.
>
> Die Reize von außen haben bei uns ungemessen zugenommen, die Widerstandskräfte von innen aber sowie die äußeren Hilfs- und Schutzmittel für den Charakter haben ebenso ungemessen abge-



nommen. Die heute herrschende Zeitanschauung entfesselt gerade alle Minderwertigkeiten, macht sogar alle Moral minderwertig, indem sie Begierden und Leidenschaften souverän werden läßt. Ist nicht manches jugendliche Delinquententum nur der natürliche Ausdruck einer Epoche, in der so viel Erwachsene in ihrem Denken über Leben und Pflicht geradezu kindisch geworden sind? Was kann man denn von Minderwertigen erwarten, wenn Gebildete und Normale aufstehen und aus der Liederlichkeit eine Sexualreform und aus dem moralischen Schwachsinn eine Lebensphilosophie machen? Von größter Wichtigkeit für die ganze gesellschaftliche Aktion gegenüber der Kriminalität der Jugendlichen ist es, daß wir durch den ganzen Geist und Charakter dieser Aktion zielbewußt den erweichenden Tendenzen des Zeitgeistes entgegenwirken. Wir können den Leichtsinn nicht durch Leichtnehmen kurieren."

Es ist uns Psychiatern wohl allgemein aus der Seele gesprochen, n hier gesagt wird, daß wir durch unsere modernen vorherrschenden ensauffassungen den Minderwertigen die äußeren Hilfsmittel und den eren Schutz nehmen, die sie so außerordentlich nötig gebrauchen.

Also liegt hier für uns Psychiater auch eine besondere Pflicht vor, ch Wirken in der Öffentlichkeit, wie *Foerster* es meint, den erweichenden denzen des Zeitgeistes entgegenzuarbeiten. Wir müssen mitwirken, neue Gesellschaftsideale aufzustellen, die Wertschätzung der Tugenden, en Übung gewöhnlich Selbstbeherrschung zur Voraussetzung hat, der in ihr Recht zu setzen und der übermächtigen Ehrfurcht vor dem teriellen Besitz entgegenzuarbeiten.

M. H.! Ich bin mir durchaus bewußt, viele Lücken gelassen zu haben der Darstellung der praktischen Aufgaben im Kampfe gegen die chopathie. Über die Stellung des Psychopathen im Heere, die von itärärztlicher Seite, insbesondere von *Stier*, wegen der großen Bedeutung ser Frage, Gegenstand intensiver Bearbeitung gewesen ist, habe ich h nicht ausgelassen. Ebensowenig sind von mir die Präventivmaß- men erörtert worden, die man zur Beschränkung der Fortpflanzung Psychopathen angeregt hat.

Es kam mir ja im wesentlichen auch nur darauf an, die Bedeutung des chopathenproblems vom Standpunkte des Praktikers aus zu beleuchten d wenigstens anzudeuten, wie auf allen Gebieten des sozialen Lebens d der sozialen Reform dieses Problem sich aufdrängt. Der Psychiater ht nicht mehr seine Hauptaufgabe in der Pflege und Verwahrung von isteskranken, es treibt ihn vielmehr, die Kenntnisse, die ihm psychiatrie Forschung und Wissenschaft an die Hand gegeben haben, zu ver- nden, um soziale Schäden auszugleichen und Prophylaxe zu treiben. enn namentlich die prophylaktischen Bestrebungen wegen der so kom- zierten psycho-soziologischen Verhältnisse auch naturgemäß sich noch cht immer in genau und bestimmt begrenzten Bahnen bewegen können,



so bleibt es doch eine dankenswerte Aufgabe, im allgemeinen den Sinn und das Verständnis für die Bedeutung des Pathologischen zu wecken. Damit werden wir dem Kampfe gegen die Entartung und damit zusammenhängend der Förderung psychischer Gesundheit und Tüchtigkeit wertvolle Dienste leisten.

Diskussion. — Herr *Neisser*: Die Anregungen und der Eifer, mit welchem der Herr Vortragende sich dafür einsetzt, sind sehr dankenswert. Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird ja Gelegenheit zu weiterer Aussprache bringen. Seit 1906, wo es dem Redner noch oblag, nachzuweisen, gegenüber der amtlichen Statistik, daß die Psychopathie bei den Fürsorgezöglingen eine große Bedeutung habe, sind in der öffentlichen Meinung und auch im praktischen Betriebe große Fortschritte gemacht worden. Die größte Schwierigkeit besteht darin, daß gegenüber recht vielen Fällen die ärztliche Einwirkung, die sogenannte „Heilerziehung", auch noch völlig unentwickelt und machtlos ist. Die Hauptsache wird wohl stets bleiben die Ausbreitung psychiatrischer Gesichtspunkte bei der individuellen Betrachtung defekter Individuen und vor allen Dingen die Prophylaxe.

Herr *Alzheimer*: Was die ärztliche Beeinflussung der Psychopathen anbelangt, so zeigt die Erfahrung, daß es vielen Psychopathen gegenüber schwierig ist, eine längerdauernde Einwirkung auszuüben. Die Willensschwäche, welche ein bezeichnendes Merkmal sehr vieler derselben ist, bringe es mit sich, daß sie leicht vielerlei Beeinflussungen verfallen, wodurch die Einwirkung des Arztes erschwert oder unmöglich gemacht wird. Sicherlich würde, wie der Vortr. meint, ein Aufenthalt in kleineren Orten vielen Psychopathen nützlicher sein. Gerade aber die Großstadt übt eine ganz besondere Anziehung auf sie aus.

Das ärztlicherseits ausgesprochene Eheverbot erweise sich bei den meisten Psychopathen ganz unwirksam. Man wird heute wohl öfter als früher gefragt, ob Bedenken gegen Eingehung einer Ehe beständen. Befolgt werden aber die Ratschläge ebensowenig. In recht vielen Fällen erscheint es mir aber auch bedenklich, auf Grund der Vererbungsgesetze, über welche unser Wissen noch so außerordentlich lückenhaft und unsicher ist, Ratschläge zu erteilen. Die Bekämpfung des Alkoholismus und der Syphilis sind schon heute gangbare Wege zur Einschränkung der Zahl der geistig Minderwertigen, für die Vererbungslehre müssen aber erst sichere Grundlagen geschaffen werden, damit wir mit gutem Gewissen raten und auch andere von der Richtigkeit unseres Rates überzeugen können.

Herr *Golla*: „Paranoide Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein".

Vortr. berichtet über Fälle von manisch-depressivem Irresein, die



während der ganzen Dauer des Anfalles oder für längere Zeit ein paranoides Gepräge haben. Es lassen sich zwei Gruppen abgrenzen (*Stransky*). In einer ersten Gruppe kommt es zu Wahnbildungen ohne streng genommen paranoischen Mechanismus; ihre gemeinsamen Kennzeichen sind ihre Oberflächlichkeit, der Mangel an logischer Verknüpfung und die Unzulänglichkeit ihres Realitätswertes. Die zweite Gruppe zeigt echt paranoischen Mechanismus, es kommt rasch zur Systematisierung. Die Affektrichtung ist bei diesen Fällen, wie bei Manisch-Depressiven überhaupt, primär verändert, im Gegensatze zur Paranoia, bei der der Affekt im wesentlichen auf den paranoischen Komplex beschränkt ist. Manisch-depressives Irresein und Paranoia sind getrennte Stämme der Entartung, bei denen gelegentlich Verzweigungen ineinander eingreifen können.

Ausführliche Mitteilung a. a. O.

Herr *Chotzen*: „Reflexstörungen im pathologischen Rausch[1])“.

Von 78 Kranken hatten 43 = 55 % Störungen der Reflexe, und zwar 32 Pupillenstarre oder träge Reaktion (8), das sind 41 %, Fehlen oder Abschwächung (3) der Patellarreflexe: 28 = 36 %, beides 17 = 22 %. Die Störungen an den Sehnenreflexen sind also nur wenig seltener als an den Pupillen.

Es fragt sich, ob eine Degenerationsform besonders bevorzugt ist? Bei dem klinisch unklaren Material, insbesondere den vielen Kombinationen ist eine Aufteilung in streng geschiedene Gruppen und deren Vergleich nicht möglich; man kann nur die klaren Fälle der Gesamtheit gegenüberstellen. Bei den 19 sicheren und sehr wahrscheinlichen Epileptikern sind die Zahlen niedriger: insgesamt 52 %, im einzelnen 42 %, 26 % und 15 %; auch mit Hinzunahme aller Epilepsieverdächtigen wird die Gesamtheit nur knapp erreicht. Die übrigen unkomplizierten Psychopathien zusammen weisen noch kleinere Zahlen auf: 37 bzw. 25 %, 25 und 12,5 %; nur in Verbindung mit komplizierendem Alkoholismus kommen sie der Gesamtheit wieder nahe. Die unkomplizierten chronischen Alkoholisten dagegen stehen weit über der Gesamtheit mit 78 % Störungen überhaupt und 64 %; 42 und 28,5 % im einzelnen. In erster Linie disponiert also der chronische Alkoholismus zum Verlust der Reflexe, dann die Epilepsie; weniger die übrigen Psychopathien. Für die Pathogenese ist aus den Zahlen nichts zu entnehmen.

Die Patellarreflexstörung überdauert in einigen Fällen den pathologischen Rausch; in einzelnen Fällen wurde Schwanken der Pupillenreaktion beobachtet. Bei wiederholten Räuschen desselben Individuums

[1]) Unter Benutzung eines Materials, das auch Herr Dr. *Kontny* in einer Dissertation verwendet hat.

sind die Störungen gewöhnlich die gleichen, es kommt aber vor, daß sie einmal ganz ausbleiben oder daß nur eine der beiden Störungen auftritt.

Herr *Chotzen*: „Ergebnisse von Intelligenzprüfungen nach *Binet* und *Simon*."

Nach einer kurzen Darstellung der Methode wird ausgeführt, daß sie sich wirklich als eine Prüfung auf Intelligenz bei Normalen und Schwachsinnigen bewährt hat. Sie gibt zum ersten Male einen Einblick in den Verlauf der Intelligenzentwicklung im Kindesalter. Diese schreitet anfangs rascher, dann immer langsamer fort und bei verschiedener Begabung in verschiedenem Tempo. Ganz besonders langsam beim Schwachsinn, aber mit gewissen qualitativen Abweichungen doch der normalen analog; sie kommt aber hier auch, je nach dem Grade des Schwachsinns, über gewisse Stufen nicht hinaus. Diese Untersuchungen waren erst durch die Aufdeckung der normalen Entwicklung in der *Binet*schen Methode möglich.

Praktisch ist die Untersuchung wertvoll zur Auswahl der Kinder für Sonderschulen; sie klärt auf, inwieweit die Schulfähigkeit durch intellektuelle Defekte oder andere Mängel geschädigt ist, und sie gibt eine brauchbare Vorhersage über die weiteren Entwicklungsaussichten.

Sie genügt zur Feststellung der psychologischen Verfassung der Kinder, läßt dabei auch bestimmte Typen von Defekten und individuelle Unterschiede erkennen.

Herr *Stertz*: „Demonstration eines Falles von präseniler Demenz mit Herdsymptomen (*Alzheimer*sche Krankheit)".

52 jährige, erblich nicht belastete, früher gesunde Frau. Trauma, Alkoholismus, Lues negiert. 1908 mit der Menopause Kopfschmerzen, Schwindelgefühl. Allmählich stiller, teilnahmloser, vergeßlicher, vermochte sich nicht mehr zu orientieren, wurde schließlich ganz untätig. Keine psychotischen Symptome, keine lebhafteren Affektschwankungen. Vegetative Funktionen nicht gestört. Bei der Demonstration etwas versunken, wenig attent. Örtlich unvollkommen, zeitlich desorientiert. Große Gedächtnisdefekte besonders für die jüngere Zeit, schwere Störung der Merkfähigkeit. Keine Konfabulationen. Weitgehende Kenntnisdefekte, Ausfall aller kombinatorischen Leistungen, bei Erhaltensein richtiger Urteilsbildungen in gewohntem Kreise, die dann auch mit entsprechenden Gefühlstönen verbunden sind. Störung der Wortfindung für ungewöhnlichere Begriffe, Agraphie, fast völlige Alexie, asymbolische und sehr ausgesprochene ideatorisch-apraktische Störungen. Während der Beobachtungszeit sehr geringe habituelle Aufmerksamkeit, fast völliger Initiativeverlust. Das Krankheitsbild wird von drei Symptomengruppen beherrscht: 1. starker Abbau des gesamten psychischen Materials, 2. weitgehende assoziative Schwäche, 3. agnostische, aphasisch-apraktische Störungen. — Ausführlichere Mitteilung a. a. O.



Herr *Stöcker*: „Demonstration eines Kranken mit „progressiver Lenticular-Degeneration““.

Der Kranke war bereits früher, am 15. Mai 1911, von Herrn Geheimrat Professor Dr. Bonhoeffer als Fall von „juveniler Paralysis agitans“ demonstriert worden (Berl. klin. Wschr. 1911, Nr. 27).

Auf Grund einer neu erschienenen Arbeit (Brain, Märzheft 1912), „Progressive Lentikular-Degeneration“ von *Wilson* wurde die Diagnose des Kranken geändert.

P. M., 21 jähriger Schmiedegeselle. Sein Bruder soll an ähnlicher Erkrankung mit 18 Jahren erkrankt sein; starb nach einem Jahre; er soll zum Schlusse nicht mehr haben allein gehen und essen können.

Die Erkrankung begann im Herbst 1909 mit Zittern in den Händen, Januar 1910 trat dazu Schwäche und Steifigkeit in den Armen, die Beine fingen an zu zittern, wurden dann ebenfalls steif und schwach; von Ende 1910 an kam ihm öfters die Zunge von selbst zwischen den Zähnen hervor; es trat Speichelfluß auf. Die Sprache wurde schlecht; in der letzten Zeit ist auch das Schlucken erschwert; die Schrift äußerst zittrig; ist öfters unrein; physisch hat er sich ebenfalls verändert; soll so stumpf geworden sein.

Im Stehen ist der Kopf leicht nach vorn gebeugt, ebenso der Rumpf; die Beine sind in den Knien gebeugt; die Füße stehen in Spitzfußstellung, Pat. steht auf den Fußspitzen und lateralem Rande der Sohle. Die Arme sind abduziert und im Ellbogengelenk gebeugt; beim Gehen geht er steifbeinig, beugt die Beine wenig in den Gelenken, die Arme werden steif gehalten, pendeln nicht mit. Das Gesicht hat einen starren Ausdruck.

Alle willkürlichen Bewegungen geschehen äußerst langsam und schwellen erst allmählich an Kraft an. Bei passiven Bewegungen spürt man in allen Muskeln einen gleichmäßigen starken Widerstand, in den Beugern der Extremitäten etwas mehr als in den Streckern; die gesamte willkürliche Körpermuskulatur befindet sich in einem spastischen Zustande; mit betroffen sind auch die Augenmuskeln sowie die Zungen- und Schlundmuskulatur. Die Sprache ist langsam, undeutlich; öffnet dabei wenig den Mund und bewegt wenig die Lippen; das Schlucken ist äußerst erschwert. Es besteht das Symptom der Retropulsion sowie Neigung zu spastischem Kieferschluß. Zeitweise tritt in der Ruhe Paralysis agitansähnliches Zittern der Hände und Füße, des Rumpfes und Kopfes auf. Das Zittern steigert sich etwas bei Intension; sehr deutlich tritt das Zittern bei der Schrift zutage. Die Sensibilität ist ungestört; die Sehnenreflexe etwas lebhaft, doch nicht deutlich gesteigert; früher bestand überdies zeitweise Fußklonus; kein Babinski; die Bauchdeckenreflexe sind deutlich vorhanden; es besteht kein Nystagmus, keine Augenhintergrundsveränderungen; die Sensibilität ist in allen Qualitäten ungestört.

Die inneren Organe zeigen keinen pathologischen Befund; der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.



Die Krankheit ist deutlich langsam progredient. Psychisch fällt an Pat. eine eigenartige demente Euphorie auf. Er hat wenig Interesse für seine Umgebung mehr, während er früher lebhaft teilnahm an den Vorgängen auf der Abteilung und sich köstlich darüber amüsierte.

Vortr. rechnet den Fall auf Grund des eigenartigen Symptomenbildes, des Beginns im jugendlichen Alter, des familiären Auftretens, sowie des langsam progredienten Verlaufes dem von *Wilson* neu aufgestellten Krankheitsbilde der „progressiven Lentikular-Degeneration" zu.

Anm. Der Fall wird überdies demnächst klinisch und auch späterhin anatomisch eingehender beschrieben werden. Pat. ist am 22. Dezember 1912 ad exitum gekommen. Makroskopisch fand sich beiderseits symmetrisch eine eigenartige Degeneration im Linsenkern und Putamen, sowie eine sehr eigenartige Leberatrophie; damit ist bereits die Richtigkeit der Zugehörigkeit des Falles zu der „progressiven Lentikular-Degeneration" bestätigt. *Cl. Neißer*

---

4. Jahresversammlung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie am 15. Februar in Stettin.

Vorsitzender: Herr *Mercklin*-Treptow a. R.

Anwesend die Herren: *Banse*-Lauenburg, *Bendixsohn*-Stettin, *Deutsch*, *Encke*-Ueckermünde, *Ermisch*-Treptow a. R., *Heinke*-Ueckermünde, *Horstmann*-Stralsund, *Jödicke*, *v. Lorentz*, *Lüdicke*, *O. Meyer*, *Neisser*-Stettin, *Neue*-Greifswald, *Neumeister*, *Niesel*, *Ossent*, *Pensky*, *Preiser*, *Samuel*, *Schulze*-Stettin, *Schroeder*-Greifswald, *Seiffert*-Stettin, *Siemens*-Lauenburg, *Tomaschny*-Stralsund, *Vollheim*-Treptow a. R., *Vorkastner*-Greifswald.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden wird beschlossen, folgenden Antrag an den Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu stellen:

Die Pommersche Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie hat sich in der Sitzung vom 15. Februar in Stettin auch mit den bekannten Mißständen beschäftigt, die neuerdings dadurch entstanden sind, daß gerichtseitig die Gebühren verweigert werden für Vorbesuche, welche von den Anstaltsärzten in der Anstalt bei Kranken ausgeführt sind, die zur Beobachtung und zur Vorbereitung eines schriftlichen, wissenschaftlichen Gutachtens dort untergebracht sind (vgl. Psych.-neurol. Wschr. 1912/13 Nr. 45 vom 8. Februar und Zeitschr. f. Med.-Beamte 1913 Beil. Nr. 3 vom 5. Februar). Die Pommersche Vereinigung bittet den Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie, diese Angelegenheit weiter verfolgen und durch eine Eingabe an den Herrn Minister dahin wirken zu wollen, daß die von den Anstaltsärzten aus solcher Veranlassung in der



stalt gemachten oder in ihrer Wohnung empfangenen Vorbesuche wie ıer als „gebührenpflichtig" anerkannt werden.

Niesel-Stettin: Über das Wesen der Hysterie, Referat.

Vortr. bespricht die neueren Theorien, zuerst die *Babinski*sche und *nstamm*sche, dann die *Freud*sche Theorie. Ausgehend von der Entıung der Psychoanalyse erklärt er den Begriff der hysterischen Konsion, das hysterische Symptom und die Bedeutung des Traumes l der Fehl- und Zufallshandlungen im Sinne *Freuds*. — Bei der einenden Kritik nimmt er besonders Bezug auf die Ausführungen *Isserlins* len Ergebnissen der Neurologie und Psychiatrie von *H. Vogt* und *Bing* l hebt selbst folgende Punkte hervor, die zu Bedenken Veranlassung ıen: die Selbständigkeit des Affekts, die Rolle des Unbewußten, die erschätzung und Verallgemeinerung des sexuellen Moments und die nahme einer primären Sexuallust. Sodann erörtert Vortr. die *Dubois*sche ıre. *D.* habe zunächst die Hysterie als Typus einer durch Vorstellungen standenen Krankheit betrachtet, bei welcher eine primäre Geistesıwäche die Grundlage bilde. Jetzt sieht er das für Hysterie Charaktetische in der Fixation und Übertreibung körperlicher Störungen, welche ıheren Affekten entstammen, und glaubt die Ursache dafür in der sinnhen Impressionabilität zu finden. Vortr. stimmt der Kritik *H. Vogts* , welcher (Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 44, H. 5 u. 6) nicht tellektuelle Störungen, sondern die Störung des inneren Ausgleichs für s wichtigste hält. Schließlich wird noch kurz die Ansicht von *Binsınger* besprochen, wie er sie in seinem klassischen Werke über Hysterie rlegt. Zusammenfassend erklärt Vortr. die Äußerung *Hoches* 1902 ıch heute für zutreffend, daß nämlich der nicht zu widerlegen sei, welcher ırvon einer besonderen Form psychischer Disposition spreche, die man als ʼsterisch bezeichne. Diese hysterische Disposition ist nach Vortr. das ichtigste. Sie sei entweder ererbt oder erworben und habe die allgemeine ychopathische Veranlagung zur Grundlage. Unter den auslösenden omenten spiele die Affektstörung die erste Rolle. Im übrigen sind bei er Hysterie, wie Vortr. ausführt, alle geistigen Qualitäten mehr oder eniger gestört, und darum ist die Erklärung *Kraepelins* immer noch ie beste, welcher von einem abnormen Seelenzustand spricht.

Schröder-Greifswald: Über Narkolepsie.

Vortr. demonstriert einen und berichtet über zwei weitere Fälle on Narkolepsie.

1. W. H., 10 jähriges Mädchen. Mutter nervös, Urgroßmutter orübergehend geistig gestört. Die Kranke war als Kind schwächlich, ıat erst nach 1½ Jahren Laufen und Sprechen gelernt. Kein Bettnässen. Psychisch ohne Besonderheiten; verträgliches, fleißiges Kind, aber leicht chreckhaft und aufgeregt; hat wenig Umgang mit anderen Kindern.



Etwa von Oktober 1908 an fiel auf, daß das Kind sich häufig mit der Hand über das Gesicht fuhr oder ruckweise Bewegungen mit der Hand über das Gesicht machte; sie wendete sich stets dabei dem Lichte zu oder lief ans Fenster. Diese Zustände waren stets nur von ganz kurzer Dauer. Sie ist niemals dabei umgefallen, hat sich nie verletzt. Sie soll oft wie abwesend ausgesehen haben; rief man sie an, so drehte sie sich wieder um, mußte aber manchmal auch erst geschüttelt werden. Solche Anfälle kommen seit Jahren täglich, oft recht häufig und in kurzen Abständen. Herbst 1911 einmal ein schwererer Ohnmachtanfall mit nachfolgendem Erbrechen, ohne Aufschreien, ohne Einnässen (Pat. soll vorher viel Obst gegessen haben). Die Anfälle hören meist für einige Zeit auf, wenn das Kind in eine andere Umgebung kommt, oder wenn Fremde da sind. Schulbesuch nur ½ Jahr, dann zu Hause unterrichtet.

In der Klinik dieselben Zustände: Fährt sich plötzlich mitten im Gespräch oder beim Spielen mit der Hand über das Gesicht, hört auf zu sprechen, geht ans Fenster, kommt dann wieder zurück und spricht weiter. Dauer immer nur wenige Sekunden. Auf Befragen ausweichende Antworten: sie wisse nichts, oder auch: sie habe sich das Haar zurecht streichen wollen. In Gegenwart der Ärzte niemals ein Anfall beobachtet. Körperliche Entwicklung kräftig; aufgewecktes, lebhaftes Kind von freundlichem Wesen, aber mit Neigung zu Unarten. Schulkenntnisse mäßig. Nichts Epileptisches im Wesen, nichts ausgesprochen Hysterisches.

2. J. D., 15 jähriger Knabe. Nichts von epileptischer Belastung zu erfahren; ein älterer Bruder längere Zeit Bettnässen. Bis zum 9. Jahre viel kränklich, in der letzten Zeit trotz der Anfälle kräftige Entwicklung. Seit langem periodische Kopfschmerzen von mehrstündiger Dauer. Intellektuell recht gut veranlagt, gute musikalische Begabung, komponiert.

Seit 7 bis 8 Jahren täglich 10, auch 25—30 mal Zustände stets der gleichen Art: starrt vor sich hin, reagiert nicht auf Anrufen, dreht Gegenstände in der Hand oder geht langsamer weiter; nie umgefallen, keine Verletzungen, kein Einnässen, keine Zuckungen. Dauer wenige Sekunden bis zu einer halben Minute. Vor Einsetzen des Anfalles gelegentlich das Gefühl der Hitze. Nachher sagt er meist: „Ich habe es gehabt." Psychisch kein intellektueller Rückgang, lebhafter, intelligenter Junge, der gut Auskunft gibt. Psychopathischer Habitus. Hat alle bekannten Brompräparate probiert, sie helfen meist einige Tage lang ausgezeichnet gut, bleiben dann aber ohne Wirkung.

3. M. W., 10 jähriges Mädchen. Zur Begutachtung wegen Schadenersatzanspruchs; das Leiden hat sich angeblich im Anschluß an ein Trauma vor 5 Jahren entwickelt. Normale Veranlagung, gut entwickelt, nichts von Epilepsie zu erfahren. Die Zustände wurden von den Angehörigen zuerst als „Schwerhörigkeit" gedeutet; später, nach Belehrung durch den Arzt, für epileptische Absenzen. Plötzliches Zittern des Körpers, das



einen kurzen Zustand von Steifheit übergeht, ohne Umfallen, ohne
letzungen; hält sich fest, reißt sich in den Haaren, verdreht die Augen,
cht einige Worte vor sich hin oder schreit. Jahrelang täglich etwa
5 Anfälle. Vorübergehend vor etwa 2 Jahren etwas mehr Anfälle,
ıals angeblich auch einige schwere Anfälle mit längerer Bewußtlosig-
, und mit allgemeinen Zuckungen aus dem Schlaf heraus. In der Klinik
ırend 3 Wochen nur 2 leichte Anfälle. Psychisch kein Rückgang;
ges, wohlerzogenes Kind von lebhaftem Wesen, rascher Auffassung,
as früh reif, ohne Neigung zu Stimmungsschwankungen. Körperlich
entwickelt, leicht hydrozephal, öfter Klagen über Kopfschmerzen.

Diskussion. — *Siemens*: Im Anschluß an die erörterten sehr
ressanten Fälle möchte ich eine Kranke kurz erwähnen, wegen deren
vor kurzem konsultiert wurde. Die junge Dame hatte bis zu ihrem
Lebensjahr an Krampfanfällen von der Art gelitten, wie sie der Vortr.
childert hat. Sie war dann gesund gewesen, sehr intelligent, aber stets
rvös". Sie besuchte die Schule, dann ein Seminar und machte ihr
amen als Kindergärtnerin I Kl. Als sie 20 Jahre alt war, bekam sie
fälle von Gemütsverstimmung mit innerer Angst und melancholisch-
ochondrischen Ideen, die gefolgt wurden von Zeiten gehobener Stim-
ng — also eine manisch-depressive Gemütsaffektion, welche nun schon
hrere Jahre besteht.

Es hat also die — in diesem Falle auf Vererbung von Vaters Seite
uhende — innere Störung in den Kinderjahren sich in der Form der
koleptischen Anfälle gezeigt, hat dann in der Zeit der Pubertäts-
wicklung nur als „Nervosität" bestanden und ist nach Schluß der
bertätsentwicklung zum manisch-depressiven Irresein gewandelt worden.
hizophrene Zeichen fehlten.

Diese krankhaften inneren Vorgänge (in den innersekretorischen
üsen) zu ermitteln, wird Aufgabe der biologischen Forschung sein müssen.

Preiser-Stettin: Über Hirntumoren.

Redner bespricht einige diagnostische und thera-
eutische Gesichtspunkte an einer Reihe von Hirn-
ımoren, die in den letzten Jahren auf der inneren Abteilung des
ädtischen Krankenhauses Stettin zur Beobachtung gekommen sind.

1. Ein Fall von Tumor des linken Stirnhirns, bei dem eine völlige
nkseitige Anosmie das einzige Lokalsymptom war.
n Hirnpunktat aus dem linken Stirnhirn fanden sich reichlich Körnchen-
llen. Operation und Sektion bestätigten die Diagnose.

2. Ein Fall von sensiblem Jackson bei einem Dura-
ıtheliom. Anfälle folgender Art: es wurden nacheinander und
ets in dieser Reihenfolge gefühllos: die Zunge, dann die Nase, der rechte
aumen, der rechte Unterarm bis zum Ellbogen. Dauer des Anfalls etwa



10 Minuten, dabei leichtes Angstgefühl. Bewegung der Zunge, der Nase, des rechten Arms während des Anfalls ungestört. Nach etwa 2½ Jahren verschwinden die Anfälle, dafür treten Kopfschmerzen und Erschwerung der Sprache auf. Objektiv leichte Facialis- und Hypoglossusparese. Diagnose: es wird ein Tumor angenommen, der dicht unter der Oberfläche sitzt und sich von hinten her bis an das Hypoglossus- und Facialiszentrum erstreckt. Bei der Operation findet sich an bezeichneter Stelle ein Duraepitheliom.

3. Drei Fälle von Hypophysistumoren:

Ein Fall mit typischer Dystrophia adiposo-genitalis ohne akromegalische Erscheinungen, mit temporaler Hemianopsie links und Amaurosis rechts. Um den Rest der Sehkraft zu erhalten, wird zur Operation geraten.

Ein Fall mit isolierter Ophthalmoplegia totalis dextra, nach 4 Monaten auch sinistra, fast völliger Anaesthesie der rechten Gesichtshälfte. Diagnose: Tumor der mittleren Schädelgrube. Operation zwecklos. Autoptisch: Hypophysensarkom.

Ein Fall mit Akromegalie + Dystrophia adiposogenitalis ohne alle subjektiven Beschwerden. Alter 14 Jahre, Größe 188 cm, Gewicht 84,2 kg. Typische Akromegalie (Nase, Unterkiefer, Hände, Füße) trotz Riesenwuchses; Kryptorchismus links ausgesprochen, rechts weniger; Röntgen: Sella turcica ausgebuchtet. Gesichtsfeld nicht eingeschränkt.

Nach 2½ Jahren derselbe Befund im Februar 1913. Keine Indikation zur Operation, da der Prozeß anscheinend nicht fortschreitet.

4. Ein Fall von Hypophysistumor mit Einwachsen des Tumors in den dritten Ventrikel. Patient schläft fast unausgesetzt. Im Liquor cerebrospinalis, der durch Lumbalpunktion entleert ist, Xantochromie und ein enormer Eiweißgehalt, so daß der Liquor schon beim Erwärmen völlig gerinnt. Dabei Wassermann —, zytologisch nichts Krankhaftes.

Bisher ist ein analoger Befund nur bei Rückenmarkserkrankungen beschrieben und von den meisten Autoren zurückgeführt worden auf einen mehr oder minder absoluten Abschluß des distal vom Tumor stagnierenden Liquor cerebrospinalis. Dieser Fall, bei dem eine Stauung in irgendwie erheblichem Maße sicher nicht vorhanden war, beweist, daß der vermehrte Eiweißgehalt nicht durch die Stauung hervorgerufen ist, sondern wahrscheinlich als Tumorprodukt anzusehen ist (analog den Zysten bei Tumor). Die xanthochromische Verfärbung des Liquor cerebrospinalis ist auf die Anwesenheit kleinster Blutbeimengungen zurückzuführen; auch die Benzidinprobe zeigte positiven Ausfall.

5. Ein Fall von Kleinhirncyste, der bereits seit 10 Jahren



Behandlung und Beobachtung steht; drei Fälle von Hirncysten it Hirntumoren:

I. Jeder Cysteninhalt unterscheidet sich in typischer Weise vom juor cerebrospinalis durch sein gelbliches Aussehen und durch seinen ßen Eiweißreichtum.

II. Die Cystenflüssigkeit zeigt dieselben Stigmata, ob sie aus einer lierten Cyste stammt oder aus einer Tumorcyste.

III. Es spricht für Cyste ohne Tumor:

a) Es findet sich stets etwa dieselbe Flüssigkeitsmenge in der Cyste ydrozephaluserscheinungen ausschließen!).

b) Jede Hirnpunktion, d. h. jede Entleerung der Cyste hat denselben nstigen Erfolg: der Kranke wird sofort beschwerdefrei.

c) Der Cysteninhalt zeigt meist keine Blutbeimengungen.

d) Kleinhirncysten sind erfahrunggemäß häufiger nicht von Tumor rursacht als Großhirncysten.

IV. Es spricht für Cyste mit Tumor:

a) Der Erfolg der Hirnpunktion wird immer geringfügiger, je häufiger ınktiert wird.

b) Die Punktionen werden nach immer kürzeren Zwischenräumen itwendig.

c) Die Menge des Cysteninhalts wird beständig kleiner, wechselt enigstens sehr stark.

d) Relativ häufig ist dem Cysteninhalt frischeres oder älteres Blut igemischt.

e) S. unter III d.

V. Bei den Hirnpunktionen der Cysten ist das umliegende Gewebe ıf Tumor abzusuchen.

Diskussion. — *Jödicke*: Bei einem Fall von Akromegalie, bei m sich später bei der Sektion ein beträchtlicher Tumor der Hypophysis orfand, konnte *J.* alimentäre Glykosurie feststellen. Analog den Verältnissen bei Hyperthyreoidismus müßten demnach ähnliche Beziehungen ie zwischen Glandula thyreoidea und Pankreas, so zwischen Hypophysis nd der Bauchspeicheldrüse angenommen werden, d. h. die Hyperfunktion er einen Drüse habe eine Hypofunktion der anderen zur Folge.

Oskar Meyer: Zu dem von Herrn Kollegen *Preiser* erwähnten Befund on abnorm hohem Eiweißgehalt im Liquor bei einem Fall von Hirngliom, as in die Ventrikel eingebrochen war, möchte ich folgendes bemerken.

Es ist bekannt, daß in Gliomen fast stets eine sehr reichliche Abgerung von fibrinoider bzw. hyaliner Substanz stattfindet, die dann ı vorgeschrittenen Stadien zu den bekannten gelatinösen Erweichungen ihrt. Die fibrinoide bzw. hyaline Substanz stellt nach Untersuchungen on *Landau* kein Degenerationsprodukt dar, wenigstens nicht in den rsten Stadien, sondern ist ausgetretene Blutflüssigkeit aus den Gefäßen,



deren Wandungen in Gliomen ja stets verändert sind. Nach *Alzheimer* sollen zum Teil auch die Zellen selbst durch Sekretion an den Bildungen dieser Substanzen beteiligt sein. Ich halte es nun für nicht unwahrscheinlich, daß beim Einbruch von Gliomen in Ventrikel ein Übertritt dieser fibrinoid-hyalinen Massen aus dem Tumor in die Ventrikelflüssigkeit erfolgen kann, und daß sich dadurch der hohe Eiweißgehalt in dem von Herrn *Preiser* erwähnten Fall erklären läßt.

Ob sich diese Erklärung auch auf die Rückenmarkstumoren in den von *Nonne* gemachten Beobachtungen übertragen läßt, muß allerdings sehr fraglich bleiben.

Herr *M.* demonstriert dann einige anatomische Präparate von Hirntumoren und Hypophysentumoren zu den betreffenden von Herrn *Preiser* besprochenen Fällen.

Vorkastner-Greifswald: Über chronische Halluzinose mit erhaltener Krankheitseinsicht.

Die Fälle von Halluzinationen mit erhaltener Krankheitseinsicht sind nichts Einheitliches. Vortr. bespricht einzelne differente Zustände, bei denen sie sich finden. Zum Schluß demonstriert er einen Patienten, bei dem sich im Anschluß an eine akute Alkoholpsychose (akute Halluzinose der Trinker) eine residuäre Halluzinose mit erhaltener Krankheitseinsicht entwickelt hat. (Der Vortrag wird veröffentlicht werden.)

Diskussion. — *Samuel*-Stettin: Der vorgestellte Kranke ist in den Jahren 1909 und 1910 in meiner Behandlung gewesen. Zuerst bot er im wesentlichen die Zeichen eines chronischen Alkoholismus. Im Februar 1910 trat ziemlich plötzlich Delirium ein, das bald abklang, und nach welchem die Gehörshalluzinationen blieben. Diese wurden zuerst nicht als krankhaft empfunden, später bestand bei Rückgang der Symptome des Alkoholismus deutliche Krankheitseinsicht.

Deutsch-Ueckermünde: Ein unbeachtet gebliebener Fall von Pseudologia phantastica in der schönen Literatur.

Delbrück hat in seiner Monographie „Die pathologische Lüge“ hingewiesen auf das Vorkommen gerade dieses Krankheitsbildes bei Dichtern und auf die betreffenden Selbstschilderungen bei Goethe in Dichtung und Wahrheit und bei Keller im grünen Heinrich. Diese Selbstschilderungen beziehen sich auf Jugenderlebnisse der beiden Dichter; sie stellen an sich, da Pseudologia phantastica im Kindesalter, besonders beim spielenden Kind, häufig beobachtet wird, nichts besonders Auffälliges dar, abgesehen von der durchsichtigen Schilderung des Zustandekommens einer nachträglichen Erinnerungsfälschung bei Keller. Als Dichter, der, wie Selbstschilderungen in seinen Romanen und allerlei über ihn im Umlauf befindliche Erzählungen beweisen, auch im Mannesalter an Pseudologia



antastica gelitten hat, wäre vielleicht an erster Stelle Balzac zu nennen. — ; Beispiel eines vom Dichter frei erfundenen phantastischen Lügners, s auch für den Irrenarzt lehrreich ist, führt *Delbrück* den Tartarin von rascon von Daudet an. Der Tartarin ist vom Dichter als Karikatur zeichnet. Er belügt wohl sich selbst und seine an der gleichen abnormen antasietätigkeit leidenden Mitbürger, wird sonst jedoch nirgends für nst genommen und selbst fortwährend belogen und betrogen. Direkt ı Musterbeispiel eines großzügigen pathologischen Lügners ist der Oberst Espignac in Willibald Alexis' 20 Jahre vor dem Tartarin geschriebenen oman Isegrim.

Jödicke-Stettin: Zur Differentialdiagnose einiger rampfformen.

Keines der bekannten Anfallsymptome einschließlich fehlender upillenreaktion und Hautblutungen kann heutigentags als typisch und ıarakteristisch für die Diagnose Epilepsie angesehen werden. Dagegen t nach den zahlreichen Untersuchungen *J.*s die postparoxysmale Leuko- rtose ein zuverlässiges, nicht nachzuahmendes Zeichen des epileptischen rampfes. Nach hysterischen Anfällen bewegt sich die Zahl der weißen llutkörperchen in der Breite der Norm. Die Herkunft dieser Leukozytose rklärt *J.* einerseits aus der allgemeinen Muskeltätigkeit, andererseits etrachtet er diese Erscheinung als eine Schutzmaßregel des Organismus ur Neutralisation von Toxinen des inneren Stoffwechsels, die die epi- ptischen Veränderungen bedingen. (Erscheint ausführlich in der fünch. med. Wschr.)

Diskussion. — *Deutsch* fragt den Vortr., ob er bei dem Simu- anten, der vor 2 Jahren in dieser Versammlung einen epileptischen Anfall äuschend nachahmte, die weißen Blutkörperchen nach einem derartigen imulierten Krampfe gezählt habe.

Jödicke: Die Untersuchung des Blutbildes dieses Patienten war nicht möglich, weil der Betreffende bereits längere Zeit vor Anstellung lieser Versuche aus der Anstalt entlassen war.

Tomaschny hält die beobachtete Leukozytose auch für eine Schutz- naßregel des Organismus; er vermutet aber, daß sie nicht erst nach lem Paroxysmus in die Erscheinung tritt, sondern schon vor dem Anfall vorhanden ist, und hält Untersuchungen nach dieser Richtung für wün- schenswert, wozu bei Epileptikern mit Aura Gelegenheit gegeben sei.

Jödicke: Im allgemeinen wurde vor dem epileptischen Krampfe keine Steigerung der Zahl der weißen Blutkörperchen über die Norm hinaus wahrgenommen. Nur bei zwei Kranken, die benommen, schläfrig waren, über Kopfschmerzen, Ohrensausen, Augenflimmern klagten, bestand tagelang vor dem Krampf eine auffallende Vermehrung der Leukozyten.



Neue-Greifswald: Über atypischen Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei progressiver Paralyse.

Nach einer einleitenden Übersicht über die vermittels der Originalmethode erzielten Prozentsätze positiver Reaktionen im Blutserum und Liquor bespricht er die neueren Modifikationen, die den Zweck, den Prozentsatz positiver Reaktionen zu erhöhen, verfolgen. Er betont die Möglichkeit, daß die früher beschriebenen Fälle von progressiver Paralyse, die nach der Originalmethode im Blut und Liquor oder in einer der beiden Körperflüssigkeiten negativ reagierten — er verfügt selbst über einen mikroskopisch untersuchten Fall mit negativer Blut- und Liquorreaktion — nach den neueren Modifikationen positive Reaktion hätten aufweisen können. Als Beleg führt er einen auch pathologisch anatomisch untersuchten Fall an, bei dem die Reaktion des Serums nur nach der „Verfeinerung" der Reaktion nach *Kromayer* und *Trinchese* und der Liquor nur nach der Auswertungsmethode nach *Hauptmann* (+ 0,6) positiven Ausfall zeigten. Nach seiner Ansicht gewinnt dadurch die im allgemeinen als gültig aufgestellte Regel, daß progressive Paralyse nur in seltenen Ausnahmefällen keine positive Wassermannsche Reaktion aufweise, eine neue Stütze. Aber trotzdem kann man von einer unbedingten Gesetzmäßigkeit des positiven Ausfalls im Blut und Liquor nicht sprechen. Er bespricht zwei weitere Fälle von progressiver Paralyse, deren klinisch gestellte Diagnose mikroskopisch erhärtet werden konnte. In dem ersten reagierte der Liquor zunächst nur in größeren Mengen (0,6 ccm), dann auch bei 0,2 ccm positiv, das Blutserum dagegen zeigte bei neun Untersuchungen (es wurden jedesmal wenigstens drei zuverlässige Extrakte verwendet) stets negative Reaktion auch nach den neueren Methoden.

Der zweite Fall zeigte bei der ersten klinischen Aufnahme im Blut und Liquor den für Paralyse typischen serologischen Befund. Bei der zweiten Aufnahme zeigte das Serum zunächst positiven Ausfall noch bei 0,2 ccm, dann aber blieb es mit einer Ausnahme bei zehn Untersuchungen bis zum Exitus negativ auch nach den Verbesserungen der Methodik. Der Liquor zeigte bei der zweiten Aufnahme erst bei 0,6 ccm positive Reaktion, schließlich aber wieder bei 0,2 ccm. Dieses Schwanken der Reaktion lehrt, daß man sich bei diagnostisch zweifelhaften Fällen nicht mit einer einmaligen Untersuchung von Blut und Liquor, wenn sie ein negatives Ergebnis hatten, begnügen soll, vielmehr müßten in verschiedenen längeren Zeitabständen Wiederholungen der Untersuchungen stattfinden. — Die beiden Fälle führten im Gegensatz zu den bisher beschriebenen mit negativer Reaktion, die meist einen stationären oder langsam progredienten, zu Remissionen neigenden Charakter aufweisen, in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Tode, der erste in 7, der zweite in 16 Monaten. (Wird in extenso veröffentlicht werden.) *Niesel.*



40. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 8. März 1913.

Anwesend: *Ascher*-Berlin, *P. Bernhardt*-Dalldorf, *Birnbaum*-Buch, *onhöffer*-Berlin, *Borchardt*-Berlin a. G., *Bunnemann*-Ballenstedt, *Falken-rg*-Lichtenberg, *Forster*-Berlin a. G., *Gallus*-Potsdam, Frau *Dr. Geheeb-eberknecht*-Zehlendorf, *Haenisch*-Berlin, *Junius*-Buch, *Kramer*-Berlin a. G., *utzinski*-Berlin a. G., *H. Laehr*-Zehlendorf, *Leibowitz*-Charlottenburg a. G., *epmann*-Dalldorf, *Loeling*-Berlin a. G., *Moeli*-Lichtenberg, *Munter*-Berlin, *streicher*-Nordend, *Prenzel*-Berlin a. G., *Richter*-Buch, *Salomon*-Berlin a. G., *heffel*-Charlottenburg a. G., *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schneider*-Berlin a. G., *huster*-Berlin, *Seelert*-Berlin a. G., *Singer*-Berlin a. G., *Sklarek*-Buch, *pliedt*-Waldfrieden, Fr. Dr. *Stelzner*-Charlottenburg a. G., *Stier*-Berlin a. G., *lrich*-Berlin a. G., *Vieregge*-Lichtenberg, *Waldschmidt*-Nikolassee, *Wino-radoff*-Moskau a. G., *Zinn*-Eberswalde.

Vorsitzender: *Bonhöffer*-Berlin.

Haenisch-Berlin: Zur diagnostischen Bedeutung s Ganserschen Symptomenkomplexes.

Aus der bisherigen Literatur ergibt sich, daß das Symptom des orbeiredens vorwiegend bei „hysterischen" Zuständen vorkommt, daß abei eine bestimmte Willensrichtung und Wunschvorstellung eine große olle spielt. Es ist nicht an Zustände der Bewußtseinstrübung gebunden. n der Hand dreier Krankengeschichten wird das Vorkommen sogenannter seudodemenz neben organischen Hirnerkrankungen dargelegt. 1. Lues erebrospinalis. Differentialdiagnose gegen beginnende Paralyse. 2. Ar-eriosklerose. — In beiden, forensischen, Fällen nur organische Nerven-rkrankung mit Pseudodemenz diagnostiziert, § 51 abgelehnt. 3. Tumor erebri. Das Bild war im Leben als Pseudodemenz aufgefaßt worden, ektion ergab Tumor im linken Scheitellappen. Retrospektiv Zeichen von araphasie, Dyspraxie, psychischer Hemmung. Ein Rentenverfahren chwebte, Zusammenhang des Leidens mit dem Unfall wegen jahrelangen ntervalls und Einwirkung auf die rechte Kopfseite abgelehnt.

Praktische Bedeutung, daß unscheinbare Anzeichen organischer rkrankung durch das Bild der Pseudodemenz überdeckt werden können. heoretisch muß man „hysterischen" Symptomen bei organischer Gehirn-rkrankung sehr skeptisch gegenüberstehen, indes können neben solcher sychogene, hysterische Symptomenkomplexe vorkommen. (Ausführliche itteilung in der Monatsschrift f. Psych. u. Neur. Bd. 33, S. 439.)

Diskussion. *Moeli*-Lichtenberg hält es nicht für nötig, diese älle als „Pseudodemenz" zu bezeichnen, da die Störung nicht die Züge ler Demenz in erster Linie trägt.

P. Bernhardt-Dalldorf erinnert an einen vor einigen Jahren in diesem erein von ihm vorgestellten Fall (s. diese Ztschr. Bd. 64, S. 379), bei lem sich *Ganser*scher Symptomenkomplex und blühende Wunsch- und



Reminiszenzdelirien experimentell erzeugen ließen. Der Fall entwickelte sich später zu einer schweren Epilepsie und zeigte, daß solche hysterischen Symptomenkomplexe bei organischen Erkrankungen vorkommen und daß sie nicht bloß bei Angeschuldigten und Traumatikern auftreten.

Übrigens entstand mit den experimentell erzeugten psychischen Ganser- und Dämmerzuständen in jenem Falle stets eine akute vorübergehende totale Analgesie.

Bonhöffer-Berlin: Den Ausdruck Pseudodemenz — ich weiß nicht, von wem das Wort stammt (*Liepmann*-Dalldorf: von *Henneberg*) — gebrauche ich seit langem für die psychogenen elementaren Kenntnis- und Erfahrungsausfälle der Degenerierten. Der Ausdruck erscheint mir, wenn er auch in etwas anderer Bedeutung genommen ist, als der Zusatz Pseudo ihn sonst in der neurologischen Nomenklatur hat, doch ganz geeignet. Er kennzeichnet die Demenz, welche die betreffenden Individuen halb oder gar nicht bewußt darstellen, als eine Pseudodemenz und unterscheidet sie von allen organischen Demenzen.

Das, was ich an den Fällen des Herrn *Haenisch* für bemerkenswert halte, ist die Tatsache, daß diese hysterische Reaktion — um eine solche handelt es sich, soweit nicht Verwechslungen mit der negativistischen Antwortweise des Katatonikers oder der scherzhaften des Manischen, der den Untersucher foppen will, vorliegen — auf dem Boden der verschiedensten Grundstörungen auftreten können. Daß selbst ein Hirntumor dahinter stecken und zur Fehldiagnose Anlaß geben kann, lehrt unser Breslauer Fall. Man wird also gut tun, sich nicht ohne weiteres mit der Feststellung des Symptomenkomplexes zufrieden zu geben. Die Möglichkeit, daß noch mehr als bloß eine Begehrungsvorstellung dahinter steckt, muß erwogen werden.

Kramer-Berlin stellt zwei Knaben (8 und 9 Jahre) mit moralischen Defektzuständen vor. Es handelt sich in beiden Fällen um einen charakteristischen Typus schwer erziehbarer Kinder, wie er kürzlich von *Schröder* geschildert worden ist. Beide Knaben zeigten, ohne daß intellektuelle Defekte vorlagen, von frühester Kindheit an ein Fehlen altruistischer Empfindung, ausgesprochene Neigung, Bosheiten und Roheiten auszuführen, andern Menschen Schabernack zu spielen, andere Kinder in gänzlich mitleidloser Weise zu ärgern und zu quälen. Dabei sind es besonders lebhafte, anstellige Kinder, die in ihrem Betätigungsdrange, ihrem lebhaften, doch leicht abgelenkten Interesse, in ihrer schlagfertigen Art, zu antworten, an hypomanische Zustandsbilder erinnern, mit denen sie ja auch die Abstumpfung der ethischen Empfindung gemeinsam haben. In dieser Beziehung ist bemerkenswert, daß der Vater des einen Knaben in ausgesprochener Weise das Bild des Zyklothymen zeigte.

Diskussion. — Frau *Stelzner*: Hat Herr *Kramer* bei den von ihm vorgestellten Kindern neben der manischen Erregung auch Befunde darüber erhoben, ob sich gelegentlich Depressionsphasen bei den Jungen



eigt haben, so daß an Zyklothymien wie die bei dem Vater des
.en zu denken wäre? Ich habe als Schulärztin häufiger Gelegenheit
abt, Schülerinnen der unteren Klassen mit dem von Herrn *Kramer*
:hriebenen Symptomenkomplex zu beobachten, und dabei vergebens
h depressiven Stadien gefahndet, während diese bei größeren Mädchen
der geschilderten Allgemeinveranlagung öfter zu beobachten waren,
daß die Annahme naheliegt, die Depressionen treten erst mit dem
ɪeralen Alter dazu.

Liepmann-Dalldorf glaubt, daß diese erethischen, moralisch defekten,
:onzentrierten Psychopathen, die zahlreich unter den Kriminellen ver-
.en sind, trotz mancher Ähnlichkeit nicht zu den Manischen zu rechnen
ɪn.

Bonhöffer: Die Frage moral insanity oder Hypomanie ruft mir eine
ientin in Erinnerung, die ich als Assistent *Wernicke*s noch auf der Ab-
ung hatte, und die damals wegen ihres groben ethischen Defekts bei
er Intelligenz als Typus einer moral insanity galt und, wenn ich nicht
, auch von *Wernicke* als solcher in sein Lehrbuch aufgenommen wurde.
·se Kranke hat sich später als unzweifelhafte Manisch-Depressive
terentwickelt.

P. Bernhardt-Dalldorf hat gerade bei diesem Typus erethischer,
ralisch defekter Kinder fast regelmäßig direkte gleichartige Heredität
unden. Mehrfach stammten solche Pat. von verkommenen oder ver-
:ollenen Vätern. *B.* erinnert an 2 Fälle, Vater und Sohn, die von *Forel*
ierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen, 6. Bd., Suppl.
54) u. *Mayer* (Journ. f. Psychol. u. Neur. Bd. 13) beschrieben sind.
r Vater starb sehr bald nach der Geburt des Sohns; dieser, in
nkbar bestem moralischen Miliau aufwachsend, zeigte schon als
ıabe in größter Treue den bösartigen Charakter des Vaters und kam
auch früh in die Anstalt.

Seelert-Berlin: Ein Fall chronischer Manganver-
ftung[1]).

Der Kranke hat 1898 bis 1902 in einer Braunsteinmühle gearbeitet.
erkrankte ein Jahr nach seinem Eintritt in die Mühle mit Mattigkeit
d Müdigkeit, die sich allmählich zu schwerer Schlafsucht steigerte. Bald
ch Beginn des Leidens stellten sich unwillkürliche Nickbewegungen des
ɪpfes ein. Es entwickelte sich weiter eine Muskelsteifigkeit in Nacken
d Extremitäten; namentlich der Beginn einer gewollten Bewegung
ıchte dem Kranken Mühe, war diese Schwierigkeit erst überwunden,
gingen die Bewegungen glatt weiter. Dazu kam Zwangslachen und
ɪangsweinen, die Stimme wurde leise und tonlos. Eine Zeitlang be-
ınden starker Speichelfluß und Hitzegefühl in den Waden, sonst keine

[1]) Über den Pat. haben schon *Friedel* (Ztschr. f. Med.-Beamte
03, S. 614) und *Seiffer* (Berliner klin. Wschr. 1904, S. 371) berichtet.



Parästhesien oder Schmerzen. Die Intensität der Symptome nahm ganz allmählich zu.

Nach Aussetzen der Arbeit besserte sich der Zustand langsam. Die unwillkürlichen Bewegungen des Kopfes hörten auf. Die Steifigkeit der Muskulatur mit den Sekundärerscheinungen blieb bestehen und hat sich in den letzten 10 Jahren nicht geändert. Sie ist jetzt am stärksten in den Beinen, im rechten noch mehr als im linken, weniger in den Nackenmuskeln, an den Armen nur angedeutet im Bizeps, während Hand- und Fingermuskeln schlaff sind. Die Beine sind einwärts rotiert, der rechte Fuß steht in Pes varus-Stellung. Die willkürlichen Bewegungen der Füße und die Rotationsbewegungen der Beine sind in ihrer Exkursionsweite beschränkt, sonst kann der Patient alle Bewegungen mit unbehinderter Exkursion ausführen, wenn er diese langsam macht. Gestört ist in einigen Muskelgruppen die Fähigkeit, schnell abwechselnd hintereinander Agonisten und Antagonisten zu innervieren, dies tritt hervor bei Nickbewegungen des Kopfes und Seitwärtsbewegungen der Zunge. Beim Gehen stehen die Füße in Equinovarus-Stellung, sie berühren den Boden nur mit der Gegend der Metatarsophalangealgelenke. Regelmäßig ist bei schnellem, flottem Gehen eine eigenartige Armhaltung mit Heben und Außenrotation der Oberarme bei gebeugten Unterarmen. Die ersten Schritte machen dem Kranken große Schwierigkeit, es ist ihm unmöglich, gleichweit auszuschreiten. Beim Versuch, rückwärts zu gehen, Retropulsion. Die Bewegungen der Arme und Finger sind ungeschickt. Auch in dem starren Gesichtsausdruck prägt sich die Muskelsteifigkeit aus. Oft zu beobachten ist Zwangslachen, auf affektivem Wege läßt sich manchmal auch zwangmäßiges Weinen auslösen. Die Muskelkraft ist bis auf eine leichte Schwäche der Fingerstrecker und rechten Handstrecker in oberen und unteren Extremitäten gut. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist nicht pathologisch verändert. Es besteht keine Ataxie, kein Intentionstremor. Die oberflächliche und tiefe Sensibilität sowie die Haut- und Sehnenreflexe sind normal. Beim Streichen der Fußsohlen tritt Plantar- oder Dorsalbewegung aller Zehen auf, nie typisches *Babinski*sches Phänomen. Niemals Blasen- oder Mastdarmstörungen.

Pupillen mittelweit, r. > l. Reaktion auf Licht und Konvergenz gut. Gesichtsfeld und Sehschärfe normal, keine Skotome. Eine Differenz in der Farbe der temporalen Papillenhälfte liegt nach Ansicht der Augenklinik innerhalb des Physiologischen. Störungen der Augenbewegungen bestehen nicht, keine Spur von Nystagmus. Die Sprache ist undeutlich, monoton, leise. Funktion der Stimmbänder normal. Psychische Störungen bestehen weder auf intellektuellem noch affektivem Gebiet. Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Kombinationsfähigkeit und Kenntnisse des Patienten sind durchaus gut. Auch Ermüdbarkeit nach längeren Prüfungen ist nicht erkennbar.

Welcher Art und wie lokalisiert die anatomischen Veränderungen sind, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Fraglich ist es, ob die Motilitäts-



nptome auf Schädigungen innerhalb der Pyramidenbahn beruhen, und iere Anzeichen dafür bestehen jedenfalls nicht. Bei der Ähnlichkeit Symptomenbildes mit den von *Wilson* und *Stöcker* beschriebenen Fällen es denkbar, daß hier Läsionen in den Hirnganglien vorliegen. Sektionsichte, anatomische Untersuchungen von Fällen chronischer Mangangiftung liegen bis jetzt nicht vor.

Ausführliche Beschreibung in Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1913.

Diskussion. — *Schuster*-Berlin: Ist die elektrische Reaktion mal, besteht vielleicht myotonische Reaktion? Ist das Mangan schon mal therapeutisch in der Neurologie angewandt worden? Bei den nbaren Beziehungen des Mangans zu der motorischen Sphäre ist diese age vielleicht nicht unberechtigt.

E. Salomon-Berlin: Demonstration eines motorisch Aphaschen mit Agrammatismus.

Der Patient vermag ungeordnet gegebene Worte nicht zu einem tze zu ordnen, auch wenn er das Ganze dem Sinne nach auffaßt oder es n von früher her bekannt ist (Liedertexte u. ä.). Auch beim Ergänzen n Sätzen versagt er ganz oder macht Fehler. (Genauer wird über den ll in der Monatsschrift f. Neur. u. Psych. berichtet werden.)

8. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niederachsens und Westfalens am 3. Mai 1913 in Hannover.

Anwesend waren: *Behr*-Langenhagen, *Becker*-Hildesheim, *Benning*-remen, *Benno*-Goslar, *Birkenholz*-Liebenburg, *Borchers*-Hildesheim, *runs*-Hannover, *Clemens*-Eickelborn, *Cordes*-Warstein, *Deetjen*-Wilhelmshe, *Delbrück*-Bremen, *Diekmann*-Volmerdingsen, *Draeck*-Aplerbeck, *ichelberg*-Hedemünden, *Facklam*-Suderode, *Fries*-Göttingen, *Fröhlich*-angenhagen, *Fuhrmann*-Hiddesen-Detmold, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-ildesheim, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Grahl*-Hedemünden, *Grütter*-Lüneburg, *ampe*-Braunschweig, *Hegemann*-Warstein, *Heine*-Hannover, *Hellwig*-angenhagen, *Hesse*-Ilten, *Jänicke*-Osnabrück, *Klaus*-Hahnenklee, *Kracke*-üneburg, *Loewenthal*-Braunschweig, *Lübbers*-Hannover, *Matthes*-Blankenurg, *Peltzer*-Bremen, *Reckmann*-Oeynhausen, *Reinelt*-Lüneburg, *Reinhold*-lannover, *Richard*-Göttingen, *Rinne*-Langenhagen, *Scherenberg*-Warstein, *chmidt*-Wunstorf, *Schultze*-Göttingen, *Snell*-Lüneburg, *Stapel*-Göttingen, *tüber*-Hildesheim, *Völker*-Langenhagen, *Wahrendorf*-Ilten, *Wegener*-Nieermarsberg, *Westrum*-Warstein, *Wichmann*-Pyrmont, *Zimmermann*- Hanover.

Zum Vorsitzenden wird *Gerstenberg*-Hildesheim gewählt, zum Schriftührer *Stüber*-Hildesheim.



Nachdem der Vorsitzende dem verstorbenen Mitgliede Professor *Cramer*-Göttingen einen Nachruf gewidmet hat, erteilt er *Bruns*-Hannover das Wort.

Bruns spricht zunächst über Diagnose von Tumoren im oder in der Umgebung des r. Schläfenlappens. Er hat in der letzten Zeit 3 Fälle beobachtet, bei denen durch lange Zeit bis zur Sektion oder Palliativtrepanation nur die Allgemeinsymptome des Hirntumors bestanden. Keine Lokalsymptome; selbst nicht einmal die der betroffenen Hemisphäre. In einem Falle bei Gliom im r. Schläfenlappen wurde der Sitz des Tumors erst bei der Sektion erkannt. Im 2. und 3. handelte es sich um Tumoren an der Basis des r. Schläfenlappens. In den beiden letzten Fällen wurde eine Palliativtrepanation über dem r. Schläfenlappen vorgenommen. In einem dieser Fälle traf der Operateur direkt auf den Tumor, der aber nicht ganz entfernt werden konnte. *Bruns* meint, daß in solchen Fällen — Fehlen jedes Lokalsymptomes bei Vorhandensein der Allgemeinsymptome bei langer Beobachtung — man aus dem „negativen" Symptomenkomplex mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose des Sitzes im Gebiete des r. Schläfenlappens stellen könne und gut tue, bei Palliativtrepanation, die ja auch meist an dieser Stelle gemacht werde, etwas genauer nach dem Tumor zu suchen. Immerhin wäre diese Diagnose eine zweifelhafte; der Tumor kann auch im r. Stirnlappen sitzen, oder es kann sich um Pseudotumor oder Hydrocephalus handeln. Im letzteren Falle sprechen allerdings meist die Symptome mehr für einen Tumor in der hinteren Schädelgrube.

Zweitens zeigt *Bruns* den Hirnstamm eines Falles von extraduralem Hämatom. Es handelte sich um ein Kind, das beim Turnen mit der l. Kopfseite gegen einen Pfahl geschleudert wurde. Es war kurze Zeit bewußtlos und erbrach; war dann aber 36 Stunden hindurch wohl. Dann trat rasch Bewußtlosigkeit und wieder 12 Stunden später eine totale linkseitige Okulomotoriuslähmung ein. Die Diagnose war auf ein Hämatom, vielleicht mit Basisfraktur, gestellt. Trotz sofortiger Operation und Entfernung eines großen Blutklumpens starb das Kind. Die Sektion zeigt noch größere Blutgerinnsel an der Basis l. und einen Bruch in der l. mittleren Schädelgrube. Der Hirnstamm zeigte makroskopisch dunkelgefärbte Stellen, von denen aber nicht sicher zu sagen war, ob es erweiterte Blutgefäße oder kleine perivaskuläre Blutungen waren.

In der Diskussion erwähnt *Eichelberg*-Hedemünden, daß auch Tumoren in der Gegend der großen Ganglien häufig Allgemeinerscheinungen machen, ohne daß eine Lokaldiagnose möglich ist.

O. Snell-Lüneburg: Die Trinkerheilanstalten nach dem Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuches.

In dem Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuches lautet § 43: Ist eine strafbare Handlung auf Trunkenheit zurückzuführen, so kann das Gericht neben der Strafe dem Verurteilten den Besuch der Wirtshäuser



die Dauer bis zu einem Jahre verbieten. Ist Trunksucht festgestellt, kann das Gericht neben einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder ftstrafe die Unterbringung des Verurteilten in eine Trinkerheilanstalt zu seiner Heilung, jedoch höchstens auf die Dauer von zwei Jahren an- lnen, falls diese Maßregel erforderlich erscheint, um den Verurteilten der an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen. Auf ınd dieser Entscheidung hat die Landespolizeibehörde für die Unter- ngung zu sorgen. Sie ist befugt, den Untergebrachten im Falle seiner heren Heilung auch vor dem Ablaufe der bestimmten Zeit aus der stalt zu entlassen.

Fragt man, ob die jetzt vorhandenen Trinkerheilanstalten genügen rden, um den Anforderungen, die nach Einführung dieser Bestimmun- ı gestellt werden, zu genügen, so muß man mit einem entschiedenen Nein tworten. Zunächst würde die Zahl der vorhandenen Plätze bei weitem ht ausreichen. Die Zahl der Menschen, die in Zukunft voraussichtlich r Unterbringung in Trinkerheilanstalten verurteilt werden, wird sehr oß sein. Allerdings ist ja zu erwarten, daß die Ausrede, eine strafbare ındlung sei im Rausche begangen, oder der Angeklagte sei als Trinker istig minderwertig, nach Einführung der neuen Bestimmungen plötzlich Häufigkeit sehr abnehmen wird. Bisher waren es die Verteidiger, die ıch diesen Entschuldigungen suchten, später werden es die Staatsanwälte in, die sich für eine etwa vorhandene Trunksucht interessieren. Während tzt die Trunksucht dem Angeklagten als mildernder Umstand nur nützt, ird sie ihm später nach seiner Auffassung einen unerwünschten Straf- ısatz eintragen.

Aber nicht nur durch Mangel an Plätzen werden die jetzt bestehenden rinkerheilanstalten unzureichend für ihre künftigen Aufgaben sein, son- ern auch wegen ihrer Einrichtungen. Die meisten sind offene Anstalten, ie nicht das Recht haben, einen Trinker gegen seinen Willen festzuhalten. lit einer Erweiterung und Umänderung der bestehenden Anstalten wird ıan nicht auskommen, sondern die Gründung neuer Anstalten wird un- ermeidlich sein. Wahrscheinlich wird in Preußen den Provinzen die flicht zugeschoben werden, geeignete Anstalten zu schaffen, wie ja auch ie Provinzialverwaltungen für die Versorgung der Taubstummen und eisteskranken, einschließlich der verbrecherischen, aufkommen müssen. ie neuen Anstalten werden in vieler Beziehung Ähnlichkeit mit den Irren- nstalten haben müssen. Sie als selbständige Anstalten zu bauen, wird, enigstens im Anfang, voraussichtlich auf Schwierigkeiten stoßen, weil s schwer ist, sich im voraus ein richtiges Bild über die erforderliche Größe ınd die beste Einrichtung dieser Anstalten zu machen. Es liegt deshalb ler Gedanke nahe, sie an Irrenanstalten anzuschließen. Das würde den achteil haben, daß ein Teil der Bewohner der Irrenanstalt durch richter- iches Urteil zu einem Aufenthalte von bestimmter Höchstdauer in der nstalt verurteilt wäre, so daß eine unangenehme Ähnlichkeit mit einer

Strafanstalt entstände. Das würde weniger unangenehm hervortreten, wenn die Trinkerheilanstalt mit einem Verwahrungshause für verbrecherische und gefährliche Geisteskranke verbunden würde. Darin würde aber eine Härte gegen die Trinker liegen, die dann in eine sehr unangenehme Umgebung kämen. Auch würde das Verwahrungshaus unter der verhältnismäßig rasch wechselnden Bevölkerung leiden. In einigen Provinzen könnten auch die Landarmenanstalten für die Aufnahme der Trinker in Frage kommen. In Hannover wenigstens gehört zu der Direktion der Landarmenanstalt ein psychiatrisch ausgebildeter Arzt. Diesen Punkt halte ich für den wichtigsten. Von den Trinkerheilanstalten unter nichtärztlicher Leitung haben zweifellos viele ganz Ausgezeichnetes geleistet. Trotzdem wird man verlangen müssen, daß die künftigen Anstalten, die zur Internierung von Leuten dienen sollen, nachdem sie wegen Trunksucht verurteilt sind, unter die Leitung eines psychiatrisch ausgebildeten Arztes gestellt werden. Das ist schon notwendig, weil die Verwaltungsbehörden die Entlassung eines Trunksüchtigen bereits vor Ablauf der Zeit, zu der er verurteilt ist, verfügen sollen, sobald er geheilt ist. Wer anders als ein Irrenarzt wird beurteilen können, ob ein Trunksüchtiger geheilt ist? Eine große Anzahl von Trinkern leidet an einer angeborenen krankhaften Veranlagung, die richtig erkannt werden muß. Der chronische Alkoholismus selbst ist eine Krankheit, die von einem Nervenarzte diagnostiziert und behandelt werden soll. Zudem finden sich unter den „Trunksüchtigen" viele Geisteskranke, bei denen das Trinken nur Symptom der Psychose ist. Es wird also verlangt werden müssen, daß die künftigen Trinkerheilanstalten, mögen sie als selbständige Anstalten oder als Anhängsel an andere Anstalten eingerichtet werden, der Leitung psychiatrisch ausgebildeter Ärzte unterstellt werden.

Bruns-Hannover betont in der Diskussion, daß man von einem Kranken, der dreiviertel Jahre in der Anstalt war und dann als geheilt entlassen ist, nur sagen könne, daß er nicht getrunken hat, weil er eben keinen Alkohol erhalten hat; wie aber, wenn er aus der Anstalt herauskommt? *B.* würde ihn so lange darin behalten, bis das Gericht die Entlassung bestimmt, damit wäre er der Verantwortung enthoben.

Fries-Göttingen stimmt dem Vortr. zu, daß die Angliederung an Landarmenanstalten zu empfehlen sei.

Snell-Lüneburg hält *Bruns* gegenüber daran fest, daß man von Heilung sprechen könne; man müsse eben versuchen, die Behandlung zunächst freier zu gestalten vor der Entlassung.

Hierauf spricht

Bunnemann-Ballenstedt: Über den Begriff der Suggestion.

B. knüpft an einen konkreten Fall an, der im Anschluß an den Neurologentag von 1911 demonstriert wurde, an eine Hypnose, in der willkürlich von seiten des Hypnotiseurs eine Gefäßveränderung der Haut hervor-



gerufen war. An diese Demonstration hatte sich eine Unterhaltung über die Erklärbarkeit suggestiver Erscheinungen angeschlossen. *Bunnemann* sucht das angeschnittene Problem begrifflich analytisch zu lösen, und zwar im Anschluß an den Begriff der Suggestion, der im Mittelpunkte der Betrachtung und Beurteilung der fraglichen Wach- und Schlaferscheinungen steht. Er sucht denselben in seiner Entstehung auf und begleitet ihn zunächst kritisch in seiner historischen Entwicklung. Entstanden in der schottischen Psychologenschule, scheint der Begriff der Suggestion im Jahre 1815 zuerst mit den fraglichen Erscheinungen in Zusammenhang gebracht zu sein und in diesem Zusammenhange in *Braids* wissenschaftlichen Abhandlungen über den Hypnotismus Verwendung gefunden zu haben. Zu maßgeblicher Bedeutung gelangte er erst durch *Liébault* und *Bernheim* in den achtziger Jahren, ohne eine vorherige bestimmte Definition. Ohne diese vermochte er aber die fraglichen Erscheinungen dem Verständnisse nicht näherzubringen. Wenn jemand fragte: „Wie soll ich die Neuerscheinungen verstehen?" so konnte die Antwort: „Das ist Suggestion" oder „Das beruht auf Suggestibilität" nicht befriedigen. Man hat daher nachträglich versucht, den Begriff zu definieren. Diese Definitionen lassen sich scheiden in solche, in denen versucht wird, für suggestive Prozesse gegenüber andern Prozessen objektive Grenzen zu finden, und solche, welche nur den Beziehungsbegriff Suggestion in seiner subjektiv beziehlichen Bedeutung festzulegen streben. Beide Gesichtspunkte sind oft miteinander vermischt. Sodann aber lassen sich diese Definitionen trennen in solche, die mit Begriffen operieren, die der psychologischen, und in solche, die der physikalischen oder physiologischen Betrachtungsweise entnommen sind. Auch hierin finden wieder Vermischungen statt. *Bernheim* erkennt selbst, daß alle diese Definitionen nur Formeln sind und das zu Erkennende dem Verständnis objektiv nicht näherbringen können. Schon die Fragestellung enthielt einen logischen Fehler. Man hätte nicht die Frage stellen sollen, was ist Suggestion, sondern welche Probleme hinter dem Begriffe Suggestion liegen, und wie diese zu lösen sind. Die suggerierten Prozesse sind uns unverständlich aus Momenten, die auf seiten der an der Suggestion Beteiligten liegen, aber auch aus solchen, die auf seiten des Betrachters zu suchen sind. Hinter all den möglichen Erfahrungen auf dem strittigen Gebiete steht das Problem der Willensfreiheit und der organischen Ursächlichkeit überhaupt, die Frage nach dem Verhältnis des Formalen zum Psychischen, des Objektiven zum Subjektiven. Die fraglichen Erscheinungen lassen sich nicht verstehen bei einer mechanistischen Betrachtungsweise. Nur, wenn wir mit einer psychischen Kausalität aller in willkürlicher Abstraktion zu sondernder Prozesse rechnen, der Prozesse der Reizrezeption, Reizleitung, Reizumwertung und der Reaktion auf den Reiz — der Empfindungen, Denkprozesse und Handlungen, der Reflexe, Automatismen, der sekretorischen, motorischen, Stoffwechsel- und Wachstumsvorgänge, mit einer Homo-



genität der Funktion, nur, wenn wir alle begrifflich unterscheidbaren Vorgänge zerlegen in eine Summe primitiver Akte, die alle dem Grundschema einer beeinflußten Handlung gleichen, in denen in jedem Falle zwischen Reiz und Reaktion ein vermittelndes logisches Bindeglied eingeschoben ist, keine einfache mechanische Relation besteht, können wir verstehen, daß in suggestiven Vorgängen der den Worten des Hypnotiseurs innewohnende Sinn aus der erzielten Endreaktion wieder herauszulesen ist. Daß eine solche Maßgeblichkeit in ideeller Beziehung für den Ausfall jeglicher Wirkungen zutage tritt und als ungewöhnlich auffällt, ist nach *Bunnemann* das wesentliche Unterscheidungsmerkmal suggestiver Prozesse, ist das, was erklärt werden muß und den Weg zur Lösung der fraglichen Probleme weist. Der den Umweltreizen zu entnehmende Sinn vermag sich nur in allen Prozessen, die wir in subjektiver Abstraktion gesondert haben, in den Prozessen der Leitung und Umwertung usw. zu erhalten, wenn in der ganzen Reihe primitiver Akte etwas vorhanden ist, was imstande ist, sinngemäß aufzunehmen, sinngemäß umzuwerten und eine Reaktion sinngemäß zum Ablauf gelangen zu lassen, wenn Reiz und Reaktion, wenn Ursache und Wirkung nicht direkt mechanisch, sondern indirekt psychisch vermittelt sind. Der psychisch vermittelnde Faktor, von intellektueller und affektiver Zuständigkeit — mit Begriffen erfaßt, die unserem übergeordneten psychischen Geschehen, dem inneren Erfahren des denkenden und fühlenden Menschen entnommen sind, die selbstverständlichen Glaubenssätze und differenten Wunschrichtungen — ist als ein in der Zeit entwickelter zu betrachten. Wir müssen also den komplizierten Prozeß, den wir verstehen wollen, zerlegen in eine Reihe funktioneller Einheiten, die wir uns einmal als formal, örtlich getrennte, dann aber auch als zeitlich zu sondernde, von übergeordneter oder untergeordneter Wertigkeit vorstellen müssen, denen allen unser Grundtypus, der einer beeinflußten Handlung, zuzuerkennen ist. Nur bei Annahme einer derartigen Homogenität der Funktion lassen sich suggestive Prozesse in ihrer sinngemäßen Maßgeblichkeit und Abhängigkeit verstehen, je nachdem, von welcher Seite wir sie betrachten.

Bunnemann zeigt dann, daß es sich in der allgemeinen Biologie um dieselben Probleme handelt, an Beispielen, die sich im Verfolg der Entwicklungslehre aus der Botanik, der Zoologie und der neueren Physiologie extrahieren lassen. Indem er diese Beispiele dem konkreten Falle, von dem er ausgegangen war, und entsprechenden hysterischen Symptomen gegenüberstellt, läßt sich erkennen, daß zwischen niederen Prozessen mittlerer Reaktionsweise und extremen Fällen hochentwickelter Überkultur keine wesentlichen Unterschiede sind. Sie alle lassen sich bei Annahme einer funktionellen Homogenität aus einheitlichem Gesichtspunkte betrachten. Die Grenzen sind flüssig, die Unterschiede sind nur graduelle. Die Subjektivität ist eine extrem überwertige, von der mittleren Linie menschlicher Reaktionsweise abweichende, wenn ungewöhnliche hypnotische und



suggestive Erscheinungen wahrnehmbar werden, wie sie *Kohnstamm* in Königstein demonstriert hat, sie ist es gleicherweise bei besonders auffallenden hysterischen Symptomen, welche aus extrem überwertiger subjektiver Verarbeitung exogener Momente hervorgehen, in welche nicht von seiten einer zweiten Person absichtlich ein maßgeblicher Sinn hineingelegt, aus welchen vielmehr von seiten der betreffenden Person selbständig der zu außergewöhnlicher Maßgeblichkeit gelangende Sinn herausgelesen wird. Die Umweltreize lösen daher in jedem Falle in sinngemäßer Weise ihre Reaktionen aus, je nachdem, welche Deutung sie finden, und je nachdem, zu welchen Voraussetzungen und Wunschrichtungen sie so gedeutet in Beziehung gesetzt werden. (Der Vortrag erscheint in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.)

Das Wort erhält *Grütter*-Lüneburg. Er gibt zunächst eine Übersicht über den Stand der Wassermann-Paralysefrage. Von der zusammenfassenden Veröffentlichung *Plauts* 1910 an bis auf die letzte Zeit haben die Untersuchungen ergeben, daß bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der Paralytiker die Wassermannsche Reaktion sowohl im Blute wie im Liquor positiv ausfällt. Auf die Literatur wird näher eingegangen. Die Auswertungsmethode nach *Hauptmann* und *Hössli* hat die Zahl der positiven Ausfälle im Liquor noch vermehrt, allerdings weniger bei der Paralyse als bei den metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems überhaupt, so daß die Autoren darin übereinstimmen, daß positiver Wassermann im Liquor eine syphilogene Erkrankung des Zentralnervensystems bedeutet. Sehr interessant und wichtig nun ist in diesem Zusammenhang die durch die Veröffentlichungen besonders der *Nonne*schen Schule erwiesene Tatsache, daß positiver Wassermann im Liquor mit der Auswertungsmethode auch nachzuweisen ist bei einem erheblichen Prozentsatz der Fälle von frischer, sekundärer Lues. Wieweit dadurch unsere diagnostischen Schlußfolgerungen bei den metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems berührt werden, müssen ausgiebige weitere Untersuchungen auf diesem Gebiete klarstellen, die besonders auch die weitere Verfolgung dieser Fälle mit bereits im Sekundärstadium positivem Liquor zum Gegenstande haben werden. Es ist ja überhaupt zweifelhaft, wie lange wir noch berechtigt sein werden, von einer Metalues des Zentralnervensystems zu sprechen, wenn die Befunde bestätigt werden, die *Noguchi* kürzlich veröffentlicht hat. Wenn wirklich die Spirochaeta pallida in dem Gehirn der Paralytiker nachgewiesen ist, so werden unsere Anschauungen über syphilitische und metasyphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems einer Korrektur unterzogen werden müssen.

Was nun die in der Lüneburger Anstalt bisher angestellten Untersuchungen betrifft, so sei vorweg bemerkt, daß die Original-Wassermannsche Methode zur Anwendung kam, nur mit der Abweichung, daß statt des Luesorgan-Extraktes alkoholischer und wässeriger (*Lesser*-) Extrakt mit gutem Erfolge benutzt wurde. Es wurde stets nur mit bekannten,



ausprobierten Extrakten gearbeitet, meistens mit mehreren nebeneinander, unter Anstellung der üblichen Kontrollen, Vorversuche usw. Die Resultate waren fast stets völlig einwandfrei, in den allermeisten Fällen absolute Hemmung.

Unter den nicht ganz 700 Einzeluntersuchungen waren 67 Blutseren von Paralytikern. Diese reagierten sämtlich positiv. Ein zweifelhafter Fall der allerletzten Zeit reagierte wiederholt negativ, die klinische Diagnose bei diesem steht noch nicht fest, es hat auch die Untersuchung der Spinalflüssigkeit noch nicht stattfinden können. Liquores von Paralysen wurden untersucht 42, anfangs bei 0,2, später auch mit der Auswertungsmethode. Von diesen reagierten positiv 41, negativ 1. Bei der Menge von 0,2 waren positiv 38, bei 0,4 3, ganz negativ 1. Kein positiver Ausfall im Liquor bei negativem Serum, dagegen war die Reaktion gelegentlich im Serum schwächer als im Liquor. Der negative Ausfall (— 0,4) betrifft einen sicheren Taboparalytiker, der schwere Störungen der Pupillen, der übrigen Reflexe, Sprachstörungen, gemütliche Stumpfheit, lanzinierende Schmerzen, gastrische Krisen zeigte. Eine Patientin reagierte während einer Remission erst bei 0,4, nach weiterem Verlauf bei 0,2 positiv.

Bei allen positiven Fällen waren auch stets die übrigen Liquorreaktionen positiv. Es konnte aber keine Wechselbeziehung gefunden werden in der Stärke der einzelne Reaktionen zueinander, etwa des Wassermann zu der *Nonne*schen Globulinreaktion. Der oben erwähnte, im Liquor negative Fall zeigte sämtliche andere Reaktionen stark positiv. Von den positiven Fällen seien besonders zwei hervorgehoben. 1. der Maschinenwärter Pl., ein für seinen Stand außergewöhnlich intelligenter Mensch, hatte vor einiger Zeit einen Unfall durch einen Fall auf den Kopf erlitten. Seitdem verändert, sprach viel, überschätzte sich, fühlte sich beeinträchtigt. Allmählich Fixierung eines ausgeprägten Verfolgungssystems, das sich gegen seinen Vorgesetzten richtete. Psychisch sonst anfangs völlig intakt. Pupillen etwas enger, Reaktion auf Licht weniger prompt als normal, leichte Fazialisparese links, sonst keinerlei Störungen. W.-R. im Blut und Liquor positiv, außerdem Nonne, Pleozytose positiv. Allmählich tritt eine ausgesprochene geistige Stumpfheit zutage. Gutachten: Diagnose Paralyse, Zusammenhang mit Unfall wenig wahrscheinlich. 2. Schiffbauer Schl., 21 Jahre. Normale Entwicklung. 1909 bei Rauferei Schlag auf den Kopf, 2 Tage arbeitsunfähig. Nach einigen Monaten Aufnahme im Krankenhause, Diagnose multiple Sklerose. Dann kurze Zeit zu Hause, dort Reizbarkeit, geistiger Verfall. Wiederaufnahme im Krankenhause, dort motorische Unruhe, verlangsamtes Denkvermögen, Unsauberkeit. Mit der Diagnose „multiple Sklerose“ der Anstalt zugeführt. Befund: Hochgradige Spasmen, Babinski beiderseits, Fußklonus, schwere Ataxie, Pupillenreaktion träge, Bauchdeckenreflex links nur im unteren Quadranten auszulösen. Dabei bestanden Sprachstörungen, die aber typisch artikulatorisch waren und so hochgradig, daß Patient nur



mit größter Mühe verwaschene Worte herausbringen konnte. Psychisch: unorientiert, stumpf, teilnahmlos. Gelegentlich traten Zuckungen der linken Seite auf. Wassermann in Blut und Liquor positiv, außerdem Phase I und Pleozytose positiv. Diagnose: Juvenile Paralyse. Vater und jüngerer Bruder hatten negativen Wassermann, der Vater hatte Sattelnase und konzedierte „Bubo" in der Militärzeit.

Zur Kontrolle wurden untersucht 20 Liquores von Kranken, die entweder positiven Wassermann im Blute hatten, aber ohne Erkrankung des Zentralnervensystems, oder solchen, die auch im Blute negativen Wassermann zeigten, zu einem Teil aber die eine oder die andere der vier Reaktionen positiv hatten. Bei allen 20 reagierte der Liquor auch bei Auswertung bis 1,0 negativ. Die Kontrollen zeigten auch bei 2,0 Liquormenge niemals Eigenhemmung. Die klinische Diagnose lautete bei den meisten auf Dementia praecox, ferner bei 2 auf Chorea *Huntington* sowie Alkoholismus, Paranoia. Negativ im Liquor reagierten auch 2 Tabesfälle.

Eine positive Liquorreaktion fand sich bei einem Falle M., bei dem die Diagnose anfangs auf Katatonie gestellt war, und der bei seiner Aufnahme keinerlei körperliche Symptome geboten hatte. Die Untersuchung des Blutes war ebenfalls positiv. Zurzeit körperlicher Befund: Linke Pupille sehr weit, absolut lichtstarr, rechts eng, reagiert träge. Offenbar entwickelt sich langsam in der Anstalt bei ihm eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems, Tabes oder Paralyse.

Zum Schluß betont der Vortragende, daß die *Wassermann*sche Reaktion ein ausgezeichnetes Hilfsmittel für unsere Diagnostik bedeutet, daß aber selbstverständlich die klinische Untersuchung stets die Hauptsache bleibt.

Schließlich spricht

Eichelberg (Hedemünden): Zur Frage der Lues nervosa.

E. berichtet über 13 Glasbläser, die sich im Jahre 1893 gemeinsam beim Glasblasen luisch infiziert haben. Alle wurden ausreichend antiluisch behandelt. Über 2 war keine nähere Auskunft zu erhalten, 1 war gestorben an Tuberkulose, 1 an Lungenentzündung. 2 sind im Alter von 43 bzw. 46 Jahren ganz plötzlich an „Herzschlag" (wohl Folgen luischer Gefäßerkrankung) bei der Arbeit gestorben. Von den übrigen 7 sind 5 gesund (1 hat allerdings Wassermann im Blutserum +), 1 ist gestorben an Dementia paralytica, 1 leidet an Tabes. Die Kinder der Patienten waren, soweit eine Untersuchung möglich war, gesund. — Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und der vorliegenden Fälle hält *Eichelberg* eine „Lues nervosa" für sehr unwahrscheinlich; auf jeden Fall genügt eine solche Annahme nicht, um die Ätiologie der Tabes und Paralyse zu klären. Die ätiologischen Momente, welche zum Zustandekommen einer Tabes bzw. Paralyse außer der Lues in Betracht kommen, sind noch nicht genügend bekannt.

Versicherungsrechtlich haben die genannten Fälle noch insoweit



Interesse, als es sich bei der Tabes um die Folge eines Betriebsunfalles handelt, da der Betreffende sich ja die Lues bei der Arbeit zugezogen hat.

Zum Vortrag *Grütter*s bemerkt *E.* noch, daß die Fälle von sekundärer Lues mit positiver W*assermann*scher Reaktion in der Spinalflüssigkeit nicht ganz selten sind. *E.* glaubt nicht, daß diese Fälle nun besonders zu einer luischen Erkrankung des Zentralnervensystems im weitesten Sinne neigen; dafür sind sie viel zu häufig. *E.* selbst verfügt auch über 2 Fälle, bei denen längere Zeit die *Wassermann*sche Reaktion im Blutserum und in der Spinalflüssigkeit negativ war, und die dann später doch an echter Paralyse mit positivem Wassermann erkrankten.

Bruns-Hannover äußert in der Diskussion, die auf seinen Vorschlag für die Vorträge von *Grütter* und *Eichelberg* eine gemeinsame ist, daß er einen Widerspruch in der Angabe finde, daß einerseits 30% der Sekundärsyphilitischen positiven Wassermann zeigen, daß anderseits nach österreichischen Statistiken 3 bis 5% aller Luiker Tabes oder Paralyse zu bekommen Aussicht haben. Es sei nicht zu befürchten, daß alle, die im zweiten Stadium positiven Wassermann im Liquor zeigen, später Tabes oder Paralyse bekommen.

Löwenthal-Braunschweig betont, daß die Hauptsache das klinische Bild, nicht der Wassermann sei, der leicht überschätzt werde. Die Unsicherheit bei negativem Ausfall des Wassermann sei erschreckend. Mit dem Erfolge der Salvarsanbehandlung sei er zufrieden, bei 2 Tabesfällen seien Ataxie und sonstige nervöse Erscheinungen verschwunden, natürlich nicht die Pupillenstarre.

Im Schlußwort äußert *Eichelberg*-Hedemünden, daß die Salvarsanerfolge bei Tabes allerdings nicht ungünstig seien, doch seien Besserungen bei Tabes wie Paralyse auch schon vor der Salvarsantherapie zu beobachten gewesen. Bei Paralyse habe Salvarsan eher geschadet, der Verlauf sei ein schnellerer, schlechterer gewesen. *Stüber*-Hildesheim.



Kleinere Mitteilungen.

Der 23. Kongreß der Psychiater und Neurologen Frankreichs und des französischen Sprachgebiets soll vom 1. bis 6. August 1913 in Le Puy stattfinden. Referate: 1. Les troubles du mouvement dans la démence précoce; Ref.: *Lagriffe*-Auxerre. — 2. De l'anestésie dans l'hémiplégie cérébrale; Ref. *Monier-Vinard*-Paris. — 3. Conditions de l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal; Ref. *Picqué*-Paris. — Außerdem Vorträge, Besichtigungen und Ausflüge. — Anmeldungen und Anfragen erbeten an den Generalsekretär Dr. *Suttel*, Le Puy, 8 boulevard Gambetta.

Die Generalversammlung der Vereinigung katholischer Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten (E. V.) findet am 5. und 6. August l. J. statt zu Würzburg in einem Separatzimmer von Schotts Hotel Deutscher Kaiser (Kaiserstraße, nahe dem Bahnhof). Referate: 1. Grundzüge für die Verhältnisse der katholischen Seelsorger an Heil- und Pflegeanstalten im Nebenamte (Kaplan *Diemert*-Schussenried). 2. Über den Modus der täglichen Krankenvisite. (Dr. *Familler*-Regensburg). 3. De periculo mortis quoad s. unctionem (Dr. *Familler*-Regensburg). 4. Die tägliche hl. Kommunion der Pfleglinge in klösterlichen Anstalten (Kaplan Beuter-Rottenmüller); Korreferat dazu für weltliche Anstalten (Dr. *Familler*-Regensburg). — Nachmittags 2 Uhr Separatsitzung der bayrischen Irrenseelsorger (Allerh. Entschließung vom 30. Dezember 1908). — Mittwoch, 6. August, vormittags 9 Uhr Besichtigung des Juliushospitals in Würzburg, nachmittags 2 Uhr Abfahrt zur Besichtigung der Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

Ein 3. internationaler Kongreß für Neurologie und Psychiatrie wird in Gent vom 20. bis 26. August 1913 abgehalten werden. I. Neurologische Referate: 1. *Marinesco*-Bukarest: Sur



Nachweisung derjenigen Personen,

welche in den Jahren 1909, 1910 und 1911 infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand a) auf Grund des § 81 St.-P.-O in öffentliche und b) gemäß § 656 Z.-P.-O. in öffentliche oder Privatanstalten zur Beobachtung aufgenommen worden sind.[1])

a) Gemäß § 81 St.-P.-O. sind in öffentliche Anstalten für Geisteskranke aufgenommen:

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) wurde		
							eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 St.-G.-B., z. Zt. der Tat		eine bestimmte Äußerung nicht abgegeben bei
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		als vorliegend oder ihr Ausschluß als begründeten Zweifeln unterworfen erachtet bei	nicht angenommen bei	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ostpreußen	2	48	6	3	—	57	41	16	—
Westpreußen	3	61	8	1	—	70	28	42	—
Berlin	5[2])	295	32	5	1	333	134	185	14
Brandenburg	5	67	10	1	2	80	45	34	1
Pommern	4	64	6	1	—	71	32	37	2
Posen	4	44	4	1	—	49	20	28	1
Schlesien	11	162	23	3	2	190	110	75	5
Sachsen	5	121	12	4	—	137	60	76	1
Schleswig-Holstein	3	99	7	1	1	108	68	38	2
Hannover	4	118	9	6	—	133	64	69	—
Westfalen	2	77	6	1	—	84	40	35	9
Hessen-Nassau	6	114	21	2	1	138	94	44	—
Rheinprovinz	10	315	37	10	3	365	193	168	4
Hohenzollernsche Lde.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	64	1585	181	39	10	1815	929	847	39

[1]) Vom Kgl. Preußischen Ministerium des Innern zur Veröffentlichung übersandt. Vgl. diese Zeitschr. Bd. 60, S. 637;

b) Gemäß § 656 Z.-P.-O. sind in öffentliche und Privatanstalten aufgenommen[1]:

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) wurden erachtet				wurde eine bestimmte Äußerung nicht abgegeben bei
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Pers.	weibliche Pers.		als nicht vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorg. infolge von Geisteskrankh. gem. § 6,1 B.-G.-B.	als nicht vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorg. infolge von Geistesschwäch. gm. § 6,1 B.-G.-B.	Zusammen (Spalt. 8 u. 9)	als vermögend, ihre Angelegenh z. besorg	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ostpreußen	2 —	9 —	2 —	— —	—	11 —	8 —	— —	8 —	3 —	— —
Westpreußen	1 —	1 —	— —	— —	—	1 —	1 —	— —	1 —	— —	— —
Berlin	4 —	7 —	— —	— —	—	7 —	6 —	— —	6 —	1 —	— —
Brandenburg	6 *1*	4 *1*	1 —	— —	—	5 *1*	3 —	— *1*	3 *1*	2 —	— —
Pommern	3 —	3 —	— —	— —	—	3 —	1 —	2 —	3 —	— —	— —
Posen	3 —	3 —	— —	— —	—	3 —	2 —	— —	2 —	1 —	— —
Schlesien	13 *2*	19 *11*	8 *4*	1 *1*	—	28 *16*	16 *12*	7 *4*	23 *16*	4 —	1 —
Sachsen	5 —	6 —	1 —	— —	—	7 —	3 —	3 —	6 —	1 —	— —
Schleswig-Holstein	2 —	13 —	1 —	— —	—	14 —	7 —	4 —	11 —	3 —	—
Hannover	4 —	21 —	10 —	— —	—	31 —	12 —	11 —	23 —	7 —	1 —
Westfalen	2 —	4 —	2 —	— —	—	6 —	4 —	— —	4 —	2 —	— —
Hessen-Nassau	6 —	35 —	17 —	— —	—	52 —	39 —	9 —	48 —	4 —	— —
Rheinprovinz	11 —	30 —	10 —	— —	—	40 —	24 —	11 —	35 —	5 —	— —
Hohenzollernsche Lde.	— —	— —	— —	— —	—	— —	— —	— —	— —	— —	— —
zusammen	62 *3*	155 *12*	52 *4*	1 *1*	—	208 *17*	126 *12*	47 *5*	173 *17*	33 —	2

[1]) Die Zahlen über die hiervon in Privatanstalten aufgenommenen Personen sind *kursiv* gedruckt.

la structure colloïdale des cellules nerveuses et ses variations à l'état normal et pathologique; 2. *Sachs*-New York: Syphilitic spondylitis and allied conditions; 3. *D'Abundo*-Catania: La fonction du nucleus lentiformis; 4. *Mendelssohn*-Paris: Valeur diagnostique et prognostique des réflexes; 5. *Dustin*-Brüssel: Le mécanisme de la régénération dans le système nerveux; 6. *Laruelle* et *Deroitte*-Brüssel: Diagnostic et localisation précoce des tumeurs intracraniennes. — II. Psychiatrische Referate: 1. *V. Wagner* u. *Pilcz*-Wien: Über die Behandlung der progressiven Paralyse; 2. *Sérieux* u. *Lucien Libert*-Paris: Les psychoses interprétatives aiguës; 3. *Smith Ely Jeliffe*-New York: The growth and development of the psychoanalytic movement of the United States; 4. *Parhon*-Bukarest: Les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie mentale; 5. *Sollier*-Paris: Les états de régression de la personnalité; 6. *Ed. Willems*-Brüssel: Anatomie pathologique des psychoses séniles; 7. *A. Ley* u. *Menzerath*-Brüssel: La psychologie du témoignage chez les normaux et les aliénés; 8. *Ferrari*-Bologna: La colonisation libre des enfants anormaux et des jeunes criminels; 9. *Van Deventer*-Amsterdam: L'organisation de l'assistance et de l'inspection des aliénés hors des asiles y compris les psychopathes; 10. *Claus*-Antwerpen et *Meeus*-Gheel: Le patronage des aliénés; 11. *Decroly*-Brüssel: L'examen mental des anormaux; 12. *James Mac Donald*-Schottland: Thema vorbehalten. Vortragsanmeldungen und Anfragen an den Generalsekretär Dr. *F. D'Hollander*, Mons, 110 boulevard Dolez.

Der internationale Verein für medizinische Psychologie und Psychotherapie wird seine Jahresversammlung heuer in Wien, und zwar am 18. und 19. September, unmittelbar vor dem Beginn des Ärzte- und Naturforschertages abhalten. Auf der letzten Jahresversammlung am 8. und 9. September 1912 in Zürich wurden in den Vorstand des Vereins gewählt: *H. Bernheim*-Paris, Präsident; *E. Bleuler*-Zürich, 1. Vizepräsident; *A. Forel*, 2. Vizepräsident; *L. Frank*-Zürich, Geschäftsführer; *v. Hattingberg*-München, 2. Schriftführer; als Beisitzer: R. *Semon*-München, *Dupré*-Paris, *E. Johns*-London, *F. Ferrari*-Mailand. Aufschlüsse erteilen: Dr. *Frank*-Zürich, Dr. *v. Stauffenberg*-München, Ziemssenstr. 1 und Dr. *v. Hattingberg*-München, Rauchstr. 12.

Auf der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien vom 21. bis 26. September d. J. sind u. a. folgende Vorträge in Gesamtsitzungen vorgesehen: *Brodmann*-Tübingen: Neuere Forschungsergebnisse der Hirnanatomie; *Reich*-Wien: Anatomie des Bogengangapparates; *Bárány*-Wien: Klinik des Bogengangapparates: *K. Ritter v. Heß*-München: Der optische Sinn der Tiere;

Lummer-Breslau: Das Sehen; *E. Fischer*-Freiburg i. B.: Das Rassen-
oblem; *M. Neuburger*-Wien: Gedenkrede auf *J. Ch. Reil* († 1813);
Abel-Wien: Neuere Wege phylogenetischer Forschung. In einer gemein-
men Sitzung der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie und der Ab-
ilung für Dermatologie und Syphilidologie wird über Tabes und Paralyse
rhandelt werden. Eine fünf- bis sechstägige Reise nach Dalmatien im
ıschluß an die Versammlung ist beabsichtigt. Anmeldungen psychiatri-
her und neurologischer Vorträge an Hofrat Prof. Dr. *Jul. Wagner Ritter*
Jauregg, Wien I, Landesgerichtsstr. 18.

Zu einem internationalen Kongreß für Neuro-
ɔgie, Psychiatrie und Psychologie in Bern vom 7. bis
!. September 1914 ladet die Schweizer Neurologische Gesellschaft ein,
e gemäß den Beschlüssen des Amsterdamer Kongresses (1907) von dem
olländischen Komitee mit der Organisation des folgenden Kongresses
ɛauftragt wurde. Das Organisationskomitee besteht aus *Dubois*-Bern,
Monakow-Zürich, *Ladame*-Genf, *Bing*-Basel, *Schnyder*-Bern, *Veraguth*-
ürich.

Nekrolog Ludwig Wille. — Am 6. Dezember 1912 ist
r. *L. Wille*, bis zum Jahre 1904 Direktor der kant. Heil- und Pflege-
nstalt Friedmatt in Basel und Lehrer der Psychiatrie an der dortigen
lochschule, gestorben.

Über den Lebensgang und über die Tätigkeit dieses Kollegen, der
ısbesondere für die Entwicklung der Psychiatrie in der Schweiz von ganz
ervorragender Bedeutung war, möchten wir an dieser Stelle folgendes
nitteilen:

Geboren wurde er am 31. März 1834 in Kempten und besuchte
uerst das dortige Gymnasium, später das in Regensburg; er studierte
larauf in München und in Erlangen, promovierte im Jahre 1858 und war
ınter der Leitung von Prof. *Solbrig* vom Jahre 1858—1859 Assistenzarzt
ın der Irrenanstalt Erlangen und vom Jahre 1859—1863 Assistenzarzt
n München; 1863 übernahm er vorübergehend die Sekundararztstelle
iner Privatanstalt in Göppingen, und 1864 siedelte er, als Direktor der
thurgauischen kantonalen Irrenanstalt Münsterlingen, in die Schweiz über.

In Münsterlingen verblieb *Wille* 3 Jahre; er wurde dann nach Rheinau,
Kt. Zürich, berufen und führte an diesem Orte den Umbau des damaligen
Klosters in eine Pflegeirrenanstalt durch.

1873 fand seine Berufung nach St. Urban, Kt. Luzern, statt, wo
er ebenfalls die Aufgabe, aus dem dortigen Kloster eine kantonale Heil-
und Pflegeanstalt zu organisieren, zum Abschlusse brachte.



Im Jahre 1875 ist er als ordentlicher Professor der Psychiatrie und Oberarzt der psychiatrischen Abteilung des Bürgerspitals nach Basel berufen worden; im Beginn der 80er Jahre verfertigte er die sämtlichen Pläne, welche als Grundlage für die Errichtung der neuen Irrenanstalt des Kantons Basel-Stadt, der jetzigen Friedmatt, dienten, und schon im Jahre 1886 konnte diese Anstalt, welche durchaus nach den Vorschlägen von *Wille* gebaut worden ist, bezogen werden.

Aus diesen Zahlen entnehmen wir die Tatsache, daß im Zeitraume von etwa 15 Jahren drei neue schweizerische Irrenanstalten ihre Entstehung der unmittelbaren Tätigkeit von *Wille* verdanken.

Derartige tiefgreifende und für alle Zukunft dauernde positive Errungenschaften zeigen uns aber nicht nur, wie sehr der Verstorbene über eine große Zahl von praktischen und theoretischen Erfahrungen im Irrenwesen verfügte, sondern sie leisten uns auch den unumstößlichen Beweis, daß *Wille* eine zähe, alle Hindernisse überwindende Energie besaß, und daß er es, wie wohl selten einer, verstand, mit den Vertretern der höchsten Behörden von drei schweizerischen Kantonen zielbewußt zu verkehren und gleichzeitig deren unbedingtes Vertrauen zu genießen.

Neben diesen baulichen und administrativen Arbeitsleistungen beschäftigte sich *Wille* gleichzeitig intensiv mit der Lösung wissenschaftlicher Fragen; seine diesbezüglichen Arbeiten, die am Schlusse dieses Nekrologs namentlich angeführt sind, berühren sämtliche Gebiete, die zu unserem Spezialfache gehören, und deuten in unumwundener Weise auf die vielseitigen Kenntnisse ihres Verfassers hin.

Mit der größten Hingabe und Gewissenhaftigkeit leitete *Wille* die psychiatrische Klinik in Basel; schon einige Tage vor der klinischen Vorstellung studierte er die betreffende Krankengeschichte, in klarer übersichtlicher Weise gab er darauf in seinem Vortrage den Studierenden einen nach allen Richtungen abschließenden Einblick in das vorliegende Krankheitsbild, und er wußte gleichzeitig die Praktikanten so anzuspornen, daß diese den Patienten auch später regelmäßig und wiederholt besuchten; sie fanden sich deshalb recht häufig in der Irrenanstalt ein, und es entwickelte sich zwischen ihnen und den jeweiligen Assistenzärzten ein sehr reger, wissenschaftlicher Eifer; jene Zeit bleibt für uns eine unserer schönsten und angenehmsten Erinnerungen aus unserer bisherigen irrenärztlichen Tätigkeit.

Neben den klinischen Vorstellungen, die stets in der Friedmatt selbst stattfanden, las *Wille* im poliklinischen Hörsaal des Bürgerspitals Basel regelmäßig je ein Kolleg über allgemeine und über spezielle Psychiatrie, dann ein von den Juristen und von den Medizinern sehr gut besuchtes und beliebtes Kolleg über forense Psychiatrie.

Für die Behandlung der ihm anvertrauten Kranken konnte *Wille* nie genug Zeit verwenden; die Hauptvisiten, die er stets mit seinen Assistenten machte, dauerten recht lange, er begab sich aber außerdem

Tag für Tag allein noch einmal zu einer großen Zahl von Pflegebefohlenen, suchte sich eingehend mit ihnen zu unterhalten, um womöglich nach und nach auf ihren psychischen Zustand bessernd und heilend einzuwirken. Den Vorwurf, den man gegenwärtig vielfach gegen die Irrenanstaltsärzte erhebt, daß es ihnen, infolge der auf sie lastenden administrativen Geschäftsüberhäufung, unmöglich sei, die Kranken genügend individuell zu beeinflussen, hat deshalb für den Verstorbenen absolut keine Geltung. Er war immer der erste und der letzte bei der Arbeit, von sämtlichen auf der Direktion und auf der Verwaltung einlaufenden Mitteilungen nahm er Kenntnis, und trotzdem dürfte sich nie ein Patient oder dessen Angehörige mit Recht darüber beklagt haben, daß er denselben irgendwie vernachlässigt hätte.

Betreffs aller neuen therapeutischen Maßnahmen zeigte *Wille* immer das lebhafteste Interesse; auf seine Anordnungen hin wurden von seiten der Assistenzärzte nicht selten frisch empfohlene Medikamente den Kranken verordnet und von Fall zu Fall ihre Wirkung kontrolliert. Ebenso regte er schon damals jüngere Kollegen, die sich, gestützt auf ihre Vorbildung, dazu eigneten, zu Untersuchungen der Stoffwechselprodukte an; das Resultat einiger dieser Arbeiten ist in den Jahresberichten der Anstalt Friedmatt veröffentlicht worden. Die Fürsorge von *Wille* für seine Patienten erstreckte sich aber nicht nur auf die Insassen der Irrenanstalt; er hat mitgeholfen, den Irrenhilfsverein des Kantons Thurgau zu konsolidieren, er half im Jahre 1894 bei der Gründung des jetzt so blühenden Irrenhilfsvereins des Kantons Luzern mit, und er sorgte im Jahre 1886 dafür, daß die Irrenfürsorge des Kantons Basel-Stadt, die bis dahin von einer Spezialkommission der dortigen gemeinnützigen Gesellschaft durchgeführt wurde, einem selbständigen Vereine, dem jetzigen Basler Irrenhilfsverein, anvertraut worden ist. Bei Anlaß der Jahresversammlurgen dieser Vereine hat der Verblichene eine große Zahl von Vorträgen gehanten; ebenso figuriert sein Name vielfach in der Liste der im Schoße des Velreins schweizerischer Irrenärzte und der medizinischen Gesellschaft in Basel gehaltenen Vorträge; ferner in derjenigen der akademischen und der populären Vorträge, die im Verlaufe eines jeden Winters dem gebildeten und neue Belehrung suchenden Teile der Bevölkerung der Stadt Basel dargeboten werden.

Von öffentlichen Ehrenbezeugungen, die dem Verstorbenen zuteil wurden, nennen wir seine Ernennung zum Ehrenbürger der Stadt Basel, dann die Ernennung zum Ehrenmitglied des Vereins schweizerischer Irrenärzte und der medizinischen Gesellschaft in Basel. Bei Anlaß seines 25 jährigen Professorenjubiläums, das 1900 stattfand, wurden auch seine bedeutenden Verdienste als Lehrer der forensen Psychiatrie und als irrenärztlicher Berater in einer großen Zahl von juridischen Gutachten hervorgehoben; wir wissen, daß damals gerade diese öffentliche Anerkennung seiner diesbezüglichen Verdienste ihm eine innige Freude bereitete.

Bei oberflächlicher Beurteilung machte *Wille* den Eindruck, daß er im Verkehr mit seinen Mitmenschen eher kalt und zurückhaltend sei; wie dies bei vielen anderen bedeutenden Männern, die sich ihres inneren Wertes bewußt sind, der Fall ist, gab er sich nicht gleich mit dem einzelnen, der mit ihm in Berührung kam, in zuvorkommender Weise ab, sondern er ließ denselben gleichsam zuerst an ihn herantreten. Wer aber einmal sein Vertrauen genoß, der lernte ihn als eine sehr feinfühlige Persönlichkeit kennen, die keine Mühe und kein Opfer scheute, um ihm sein Wohlwollen zu beweisen; viele seiner früheren Assistenzärzte und Schüler, die sich gegenwärtig in angesehenen öffentlichen oder Privatstellen befinden, wissen von diesem ganz im Stillen wirkenden Wohlwollen dankbar zu berichten. Ebenso waren die Gespräche, die man mit *Wille* führte, und die Erläuterungen, die er bei solchen Anlässen gab, stets in hohem Grade lehr- und genußreich; er verfügte nicht nur über reiche fachmännische Kenntnisse, sondern er war auch auf allen anderen Gebieten der Wissenschaft und der Kunst sehr belesen und erfahren; sein Gedächtnis galt durchweg als ein ausgezeichnetes, und häufig wandten sich Vertreter anderer Fakultäten mit Erfolg an ihn, um Auskunft über schwer erhältliche literarische Angaben, die aber zu ihrem eigenen Fachgebiete gehörten, zu erhalten.

Seiner reichen und tieffühlenden Gemütsanlage entsprechend, wußte *Wille* auch sein Familienleben dauernd zu einem schönen zu gestalten, und es war für jedermann, dem die Ehre zuteil wurde, in sein Heim einzutreten, eine Freude, konstatieren zu dürfen, wie eng alle Familienglieder sich an ihr Oberhaupt anschlossen. Alle seine freien Stunden verbrachte er mit seinen Angehörigen, mit ihnen war er ein großer Verehrer der Kunst, insbesondere der Musik, und er benützte jede Gelegenheit, um mit der Familie die vielen Kunstanlässe, die Basel seinen Einwohnern in so reichem Maße darbietet, zu genießen. Mit ihr verbrachte er auch gemeinsam die Ferien und zwar hauptsächlich im Gebiete unserer Alpenwelt; hier waren es dann mit Vorliebe die freilebenden Pflanzen und Tiere, die, bei Anlaß von ausgedehnten, gemeinsamen Spaziergängen, erforscht wurden.

Obgleich *Wille*, infolge seines langjährigen Aufenthaltes in der Schweiz und infolge des ihm erteilten Ehrenbürgerrechts des Kantons Basel-Stadt, sich mit uns durchaus als Schweizer fühlte, bewahrte er dennoch für seine ursprüngliche deutsche Heimat das wärmste Interesse. und es erfüllte ihn der gewaltige fortschrittliche Umschwung, der seit 1870 auf wissenschaftlichem, industriellem, nationalökonomischem und politischem Gebiete in Deutschland zum Durchbruche gelangte, stets mit wahrem, berechtigtem Stolze und mit innerer Genugtuung.

Von den Beziehungen zu früheren, in der Schweiz tätigen Spezialkollegen nannte er mit Vorliebe diejenigen mit *Cramer*, dem Direktor der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Rosegg, Kanton Solothurn, und

t *Zinn*, dem Leiter der Heil- und Pflegeanstalt, St. Pirminsberg, Kanton Gallen; diese drei aus Deutschland stammenden Irrenärzte waren teinander eng befreundet, und *Wille* konnte später nicht genug betonen, schön und wie anregend die damalige Zeit für ihn gewesen sei.

In seinem 70. Geburtsjahre ist *Wille* von seiner bisherigen amtlichen illung zurückgetreten; abgesehen von den Beschwerden, die er naturnäß verspüren mußte, hat sich bei ihm persönlich wohl zweifellos das fühl bemerkbar gemacht, daß er die mit unserem Berufe stets eng bundenen Unannehmlichkeiten, Mißverständnisse und Angriffe nicht hr mit der gleichen Ruhe, als dies früher der Fall war, entgegennahm; hatte daher Sehnsucht nach einem angenehmen und ohne Unebenheiten laufenden Lebensabend, der ihm aber leider, infolge des Hinzutritts er Reihe schwerer Erkrankungen, nur bruchstückweise zuteil wurde; eine seiner letzten großen Freuden, die er miterlebte, ist wohl die tgegennahme der Nachricht zu bezeichnen, daß im Verlaufe des Frühgs 1912 sein zweitältester Sohn, der unserem Spezialfache angehört, Leitung der thurgauischen kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Münstergen, wo er ja selbst in gleicher Eigenschaft einige Jahre hindurch tätig r, übernommen habe.

Mit *Wille* ist von uns ein pflichtgetreuer, energischer, einsichtvoller enanstaltsleiter, ein vorzüglicher, kenntnisreicher psychiatrischer rer und ein ganzer und aufrechter Mann geschieden; sein Andenken d bei uns für alle Zeiten ein treues und dankbares bleiben.

Verzeichnis der Schriften L. Willes.

die Melancholie eine psychische Depressionsform? I.-Diss. Erlangen 1858.

Kasuistik der Ohrblutgeschwulst. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 20.

obis Kaltwasserkuren bei Seelengestörten. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 20.

such einer physio-pathologischen Begründung und Einteilung der Seelenstörungen. Neuwied, Heusers Verlag, 1863.

trag zur Lehre der zweifelhaften krankhaften Seelenzustände. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 21.

Typhus bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 22.

i Fälle rheumatischer Gehirnaffektion. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 23.

umonie und Psychose. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 23.

plektischer Herd bei einem Paralytiker. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 24.

onische Melancholie, Pleuritis sin., Tuberculosis pulmonum. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 24.



Über Irrenpflege und Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 26.
Die Pflegeanstalt Rheinau im Kanton Zürich. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 26.
Der Typhus bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 27.
Die syphilitischen Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 28.
Bericht über das Militärlazarett Rheinau. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 1.
Über Einführung einer gleichmäßigen Statistik der schweiz. Irrenanstalten. Ztschr. f. schweiz. Statistik 1872.
Die Psychosen des Greisenalters. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 30.
Die Angstempfindung. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 4.
Syphilis und Psychose. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 32.
Über das Verhältnis der konstitutionellen Krankheiten zu den erblichen Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 5.
Ärztliches Gutachten betr. die in Untersuchung wegen Brandstiftung befindliche Rosa Wüst von Neudorf. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 33.
Über die durch Vererbung erworbenen neuro- und psychopathischen Zustände. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 6.
Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Basel. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 34.
Ärztliches Gutachten über einen Fall von konstitutioneller Psychose. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 34.
Über traumatisches Irresein. Arch. f. Psychiatrie Bd. 8.
Ärztliches Gutachten betr. B. R. wegen sog. zweifelhafter Geistesstörung und der Frage seiner ev. Versorgung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin N. F. Bd. 30.
Allgemeine Grundsätze bei der Behandlung der Psychosen. Berl. klin. Wschr. 1878.
Ein Fall von roter Erweichung des Hirns in toto. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 9.
Die Lehre von den Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 12.
Ein Fall von Hirnlues. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 23.
Nierenkrankheiten und Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 13.
Über Paranoia, Verrücktheit. Allg. Wiener med. Ztg. 1884.
Fortschreitende Paralyse der Irren. Manie. Melancholie. Zirkuläre Psychose. Deutsche Medizinalzeitung 1884.
Über induziertes Irresein. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 15.
Über Nierenkrankheiten und Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 16.
Simulation oder Geistesstörung? Hirnkrankheit. Zurechnungsfähigkeit? Verhandlungsfähigkeit? Haftfähigkeit? Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin 1886.
Die Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psychiatrie Bd. 19.



ˌitrag zur Lehre der chirurgischen Behandlung der Hirnkrankheiten. Allg. Wiener med. Ztg. 1888.

ır Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Ztschr. f. schweiz. Strafrecht, 3. Jahrg.

rztliches Gutachten betr. den Geisteszustand des alten Staatsschreibers Dr. phil. Gottfried Keller von Zürich wegen zweifelhafter Testierfähigkeit. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin 1893, V. 67.

Greppin.

Eine Beiratstelle für entlassene Geisteskranke ist in ꞁerlin O, Eckertstraße 16, von den städtischen Behörden eingerichtet. ie will Personen, die gebessert oder geheilt sind, zweckmäßig unterringen und ihnen womöglich Arbeitgelegenheit verschaffen.

Personalnachrichten.

)r. *Karl Rank*, Med.-R., Dir. von Weißenau,

)r. *Rud. Mayer*, Med.-R., Dir. des Philippshospitals b. Goddelau, und

)r. *Rudolf Zander*, Geh. San.-R., Dir. in Rybnik, sind in den Ruhestand getreten.

)r. *Emil Krimmel*, Med.-R., bisher Dir. in Zwiefalten, ist zum Dir. von Weißenau,

Dr. *Heinr. Dannemann*, Prof., Oberarzt der Klinik in Gießen, zum Direktor des Philippshospitals in Goddelau und zum Medizinalrat,

Dr. *Albr. v. Kunowsky*, bisher in Brieg, zum Direktor in Rybnik,

Dr. *Georg Quaet-Faslem*, Oberarzt der Rasemühle, zum Leiter derselben, und

Dr. *Matthias Wassermann*, Oberarzt in Hall (Tirol), zum Direktor daselbst ernannt worden.

Dr. *Kurt Sprengel*, bisher. leit. Arzt des Birkenhofs b. Greiffenberg, hat die früher Dr. *Kleudgen*sche Privatanstalt in Obernigk erworben.

Dr. *Ferd. Hegemann*, Oberarzt in Warstein, ist nach Münster,

Dr. *Ed. Kerris*, Oberarzt in Galkhausen, ist nach Johannistal,

Dr. *Arth. Siebert*, Oberarzt in Johannistal, nach Galkhausen versetzt worden.

Dr. *Otto Klieneberger*, Priv.-Doz., bisher in Königsberg, ist Oberarzt an der Klinik in Göttingen geworden.

Dr. *Emil Raimann*, Prof., Priv.-Doz. in Wien, ist zum ao. Prof. der gerichtlichen Psychiatrie daselbst ernannt worden.

Dr. *di Gaspero*, Priv.-Doz. in Graz,

Dr. *Fritz Eichelberg*, bisher Priv.-Doz. in Göttingen, jetzt dir. Arzt an Dr. *Lauensteins* Sanatorium in Hedemünden an der Werra,



Dr. *Ernst Siebert*, Priv.-Doz. in Halle,

Dr. *Ed. Forster*, Priv.-Doz. in Berlin,

Dr. *Oskar Vogt*, Vorsteher des neurobiol. Laborat. in Berlin, und

Dr. *Max Bielschowsky*, Abteilungsleiter am selben Laborat., ist der Professortitel verliehen worden.

Dr. *Alex. Westphal*, Prof. in Bonn, ist Geh. Medizinalrat,

Dr. *Karl Rank*, bisher Dir. von Weißenau, Obermedizinalrat,

Dr. *Albr. v. Kunowsky*, Dir. in Rybnik, Sanitätsrat geworden.

Dr. *Kurt Halbey*, Oberarzt in Ückermünde, ist zum Kreisassistenzarzt in Kattowitz ernannt worden.

Dr. *Paul Kemmler*, Med.-R., Dir. in Weinsberg, hat das Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrichordens erhalten.

Dr. *Ernst Steinitz*, Oberarzt in Hubertusburg, erschoß sich in melancholischer Verstimmung infolge von Arteriosklerose am 26. März.

Dr. *Rudolf Schütte*, Oberarzt in Bonn, starb am 3. Mai an Karzinom, 34 Jahre alt.

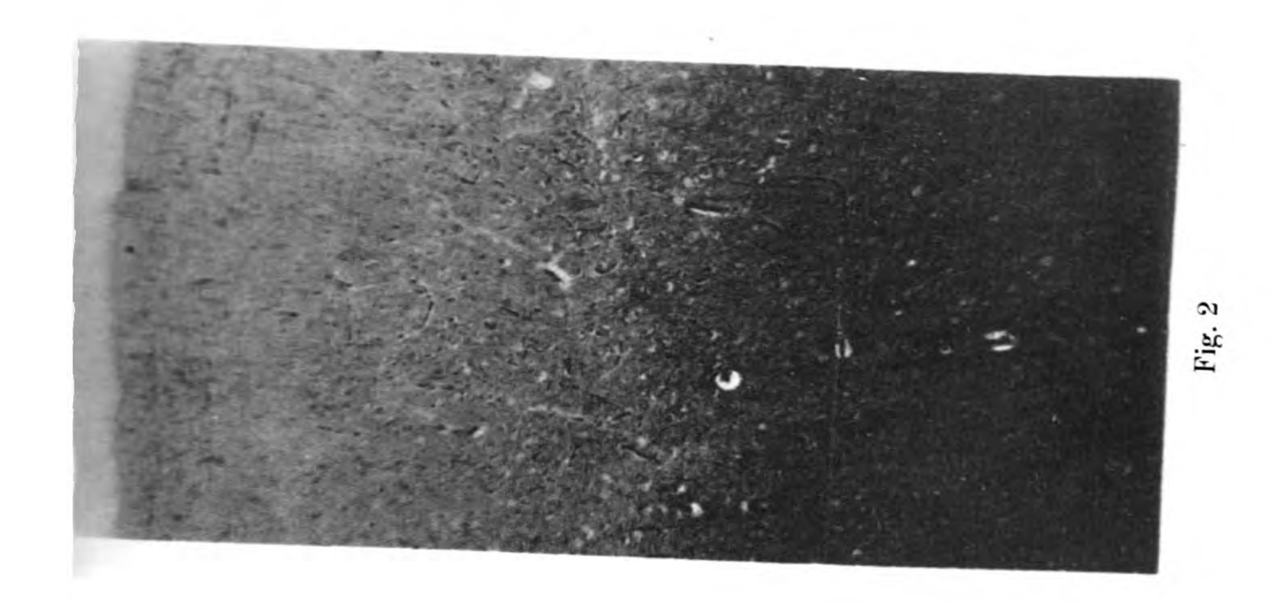


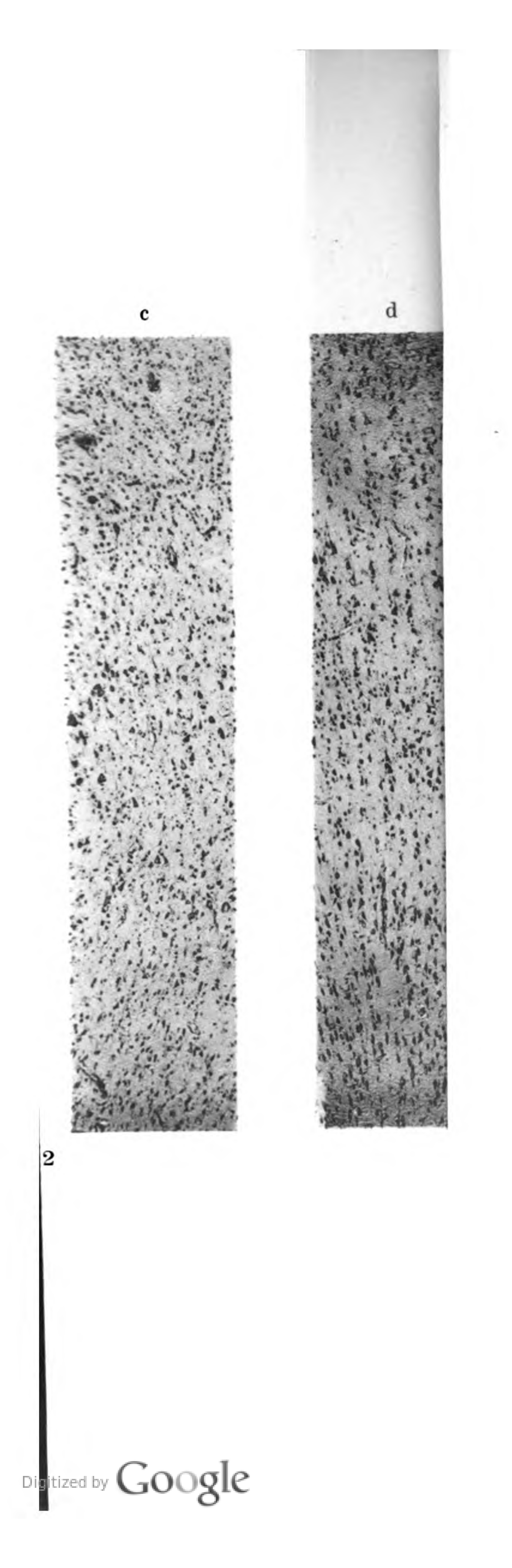
Fig. 2



Fig. 1


d




c
d
2

Kritik der Freudschen Theorien.[1])

Von **E. Bleuler,** Burghölzli.

Eine volle Darstellung und Kritik der psychanalytischen Lehren würde mehrere Tage in Anspruch nehmen. Ich kann also hier nur Bruchstücke bringen und muß mich auch da oft autoritär fassen, um kurz zu bleiben. Meine Kritik ist insofern eine subjektive, als ich *Freud*s Lehren in erster Linie an meinen eigenen Erfahrungen messe. Ich bin mir bewußt, daß auch meine Ansichten der Korrektur bedürftig sein werden, unterlasse es aber, um nicht langweilig zu werden, die einzelnen Urteile regelmäßig durch den Zusatz „meiner Meinung nach“ als subjektiv hinzustellen. Dieser Generalvorbehalt soll genügen.

Meine frühere Besprechung (Jahrbuch f. Psychoanalyse 1911) hat mehr das Positive herausgehoben. Diese Arbeit bildet eine Ergänzung dazu, muß also naturgemäß das Negative stärker betonen. Zu der letzteren Taktik veranlaßt mich auch der Umstand, daß in der Zwischenzeit keine einzige der Anschauungen, die mir damals als möglich, aber als unbewiesen erschienen sind, besser fundiert worden ist, wobei ich aber ausdrücklich hervorheben muß, daß ich keinen Grund gefunden habe, von dem, was ich damals angenommen, auch nur Kleinigkeiten zu modifizieren; die weiteren Erfahrungen haben mir keine Widersprüche, sondern nur Bestätigungen gebracht; neue Einwendungen von andren habe ich nicht gehört. Außerdem fordert die zu weitgehende Popularisierung der Psychanalyse in Praxis und Theorie, sowie die absolute und relative Zunahme von Arbeiten, die der Kritik und Logik ermangeln, den Widerspruch heraus. Es sollte aber nicht vergessen werden, daß solche kritiklose Produktionen sich auf jedem Gebiete finden.

[1]) Ursprüngliche Fassung eines Referates in der Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau, den 13. Mai 1913.



Psychologie.

Seine psychologischen Vorstellungen hat *Freud* nur so weit ausgeführt, als er ihrer zur Zusammenfassung seiner Befunde bedarf. Es ist deshalb nicht möglich, sie außerhalb ihres Zusammenhanges in ihrer ganzen Tragweite darzustellen. Könnte man sie genetisch entwickeln, so würde manches, was sonst überraschend oder gar sonderbar erscheint, plausibler werden. Immerhin muß ich betonen, daß ich mich an manchen Stellen selbst nicht in *Freud* hineindenken kann, und also da und dort Mißverständnisse unterlaufen mögen. Ich habe aber Grund zu der Annahme, daß noch niemand alles erfaßt habe.

Das Folgende will das Wichtigste hervorheben.

Freud denkt sich den Ablauf des psychischen Geschehens unter primitiven Umständen, oder sagen wir beim Neugeborenen, in der Weise, daß die Psyche die Tendenz hat, möglichst reizlos zu sein. Setzt nun ein Bedürfnis einen Reiz, so reagiert der Säugling durch Schreien, Zappeln u. dgl., so daß das Bedürfnis von außen (durch die Besorgerin) befriedigt wird. Das Erinnerungsbild dieser Befriedigung setzt sich fest. Tritt das Bedürfnis wieder ein, so wird in erster Linie das Engramm der Befriedigung ekphoriert, und es ist nach *Freud* eine kurz dauernde wirkliche Befriedigung möglich, wenn der frühere Vorgang nicht nur vorgestellt, sondern halluziniert wird. Dies ist die primäre Reaktion, seine Grundlage ist das „primäre psychische System". Da nach einer bloß halluzinatorischen Erleichterung der Reiz infolge Fortbestehens des Hungers, der Nässe des Lagers wieder einsetzt, sucht das Geschöpf nach dem Fingerzeig früherer Vorgänge Abhilfe in der Außenwelt. Das Denken ist der Ersatz des halluzinatorischen Wunsches, das Handeln ein „Umweg" zur Wunscherfüllung, etwas, das der primären Funktion „aufgesetzt" ist.

Die psychischen Vorgänge gehen nun vom Wahrnehmen über die Erinnerungsbilder zum Unbewußten, Vorbewußten und endlich zu dem bewußten Handeln [1]). Das Unbewußte besteht aus

[1]) Das Schema ist mir im ganzen und in den meisten seiner zahlreichen (hier nicht erwähnten) Einzelheiten ganz unverständlich. *Freud* identifiziert den Ablauf der Erregung von Wahrnehmung durch Erinnerungsbilder, Unbewußtes, Vorbewußtes zum Bewußten mit dem psychischen Reflexvorgang von der Wahrnehmung durch das Denken zur Motilität. Wie man sich diese Identität vorstellen soll, weiß ich nicht. Da die Wahrnehmung ebenso bewußt sein kann wie das Handeln, hätten wir ferner



Triebregungen, die, weil dem Bewußtsein unerträglich, nicht zu diesem zugelassen oder aus ihm „verdrängt" worden sind, und nach dieser Genese direkt sexuellen Inhalt haben oder an solchen anknüpfen, denn wie im Abschnitt über die Sexualität ausgeführt wird, werden normaliter zunächst nur sexuelle Partialtriebe (Perversionen) verdrängt. Ihm werden auch die latenten Erinnerungsbilder angegliedert. Das Vorbewußte besteht aus Vorstellungen bzw. Strebungen, die nichts am Bewußtwerden hindert, die aber noch nicht bewußt sind. Zwischen beiden ist als trennendes Filter die Zensur zu setzen, die nur den dem Bewußtsein erträglichen Inhalt passieren läßt. Ihr kommt in *Freud*s Vorstellungen eine höchst wichtige Funktion zu. Mit dem Bewußtwerden wird das Handeln ermöglicht. Das Bewußtsein ist ein Sinn zur Wahrnehmung der innern Vorgänge (der „Qualitäten").

Das Unbewußte deckt sich nun in gewissen, mir nicht zu klaren Beziehungen ungefähr mit dem primären psychischen System. Es hat das Bestreben, die Erregungsqualitäten frei abströmen zu lassen und zwar nur in der Richtung des positiven Wunsches. Denn wenn es einen Schmerz erlebt hat, wird es nicht die Neigung haben, sich diesen Schmerz wieder vorzustellen. Es kann also nur wünschen, und es ist unfähig, etwas Unangenehmes in den Denkzusammenhang zu ziehen. Das zweite System, das sich mit der Außenwelt, mit der physischen Wirklichkeit und mit den Moralgesetzen abzufinden hat, kann den Abfluß der Erregungsquantitäten des ersten hemmen, es kann aber erfahrunggemäß eine Vorstellung nur dann besetzen, wenn es imstande ist, die von ihr ausgehende Unlust zu hemmen. — Zu letzterem Satz kann ich mir keine klare Vorstellung machen.

---

bewußte Qualität am Anfang und am Ende des Systems. Es ist also kein Fortschreiten zum Bewußten. Und wenn im Traume der psychische Vorgang sich umkehrt (regrediert) und, vom Filter der Zensur zurückgestoßen, zur Wahrnehmung geht, so muß er dann entweder von der Wahrnehmung wieder in normaler Richtung zurück durch das Unbewußte und Vorbewußte zum Bewußten gehen unter Passieren des Filters, das ihn eben zurückgewiesen, was recht sonderbar wäre, oder er muß bei der Ankunft im Wahrnehmungssystem als Halluzination bewußt werden; dann aber hat er die Zensur gar nicht zu passieren und das Zustandekommen der Traumzensur bedarf wieder neuer Hilfskonstruktionen.



Eine andere Gegenüberstellung ist die von Lustmechanismen und von Ichtrieben. Auch die Lustmechanismen entsprechen ungefähr dem primären System, das nur Lust sucht, aber zunächst auf psychischem, halluzinatorischem Wege. Später, wenn der Sexualtrieb sein Objekt in der Außenwelt gefunden hat, gehören ihm offenbar auch diese neuen sexuellen Strebungen an. Ihnen gegenüber stehen die Ichtriebe, die die Erhaltung des Individuums bezwecken, sein Verhältnis zur Umgebung regulieren. Diese beiden Triebe kommen oft in Konflikt miteinander. Das „Ich" lehnt Forderungen der ersten Gruppe als unmoralisch oder inopportun ab, es kann sich durch dieselben „gefährdet" fühlen.

Aus der Affektlehre ist hervorzuheben die Vorstellung, daß die Affekte den Charakter von etwas Quantitativem haben, und daß dieses Quantum wieder einer Art Energie entspricht. Diese Energie kann nicht ohne Schaden oder Unannehmlichkeit unbenutzt in der Psyche verbleiben, sie muß auf einem der normalen Wege abgeleitet oder verbraucht werden, sonst findet sie innerhalb der Psyche falsche Verwendung. Sie kann sich von der Vorstellung, der sie ursprünglich angehörte, lostrennen und dann „frei flottierend" bleiben oder aber andere Vorstellungen „besetzen" und ihnen so die Energie verleihen, die zum Handeln in bestimmter Richtung drängt oder krankhafte Symptome hervorbringt. — Es gibt ferner auch Affekte, die überhaupt nicht Begleiterscheinungen einer Vorstellung sind, so namentlich die Angst, die aus Sexualspannung entstehen kann, wenn diese nicht (in Sexualbetätigung) abgeführt wird.

Gegen diese Psychologie habe ich große Bedenken. Sie leidet an Unklarheiten und Unvollständigkeiten und Widersprüchen; Ichtriebe z. B. und Lustmechanismen sind ganz unscharfe Begriffe. Daß die verschiedenartigen Strebungen gleichsam verschiedenen Instanzen in einem übereinandergeschichteten System angehören sollen, erscheint mir als eine unnötige Komplikation. Ich sehe innerhalb der Psyche verschiedene Strebungen, die einander hemmen oder verdrängen können; die Instanzen im *Freud*schen Sinne sehe ich nicht. Ich sehe ferner einen Trieb (oder mehrere Triebe) zur Erhaltung des Individuums und einen (oder mehrere) zur Erhaltung der Art. Ich kenne aber keine Gründe, „Ichtriebe" den Lustmechanismen entgegenzustellen, wobei die Ichtriebe ungefähr dem bewußten Triebe zur Er-



haltung des Individums, die Lustmechanismen meiner Affektbeeinflussung des Denkens, namentlich des autistischen, repräsentieren würden [1]). Daß etwas, das man als „das Ich" bezeichnen könnte, die Sexualwünsche ablehne und mit Angst darauf reagiere, glaube ich nicht. Sexuelle und andere Wünsche gehören doch wohl dem nämlichen Ich an.

Ich kann auch nicht verstehen, wie man einen primären psychischen Mechanismus annehmen kann, der nicht fähig ist, sich selbst zu erhalten [2]).

Der Begriff des Vorbewußten ist mir unnötig. Mir genügt die Unterscheidung von aktiv ins Unbewußte verdrängten und von aus anderen Gründen unbewußt bleibenden Ideen.

Die Zensur, die zwischen dem Vorbewußten und dem Bewußten liegen soll, wird bei mir von der allgemeinen Tätigkeit der Affektivität besorgt, d. h. die Affekte hindern das Bewußtwerden (und die Ekphorie) von Ideen, die ihnen nicht entsprechen, und vor allem sorgt die Tendenz, Unangenehmes abzulehnen und Angenehmes herbeizuziehen, dafür, daß wir uns auch im Denken mehr mit dem Angenehmen beschäftigen.

Daß das Bewußtsein ein Sinn zur Wahrnehmung von Qualitäten sei, ist mir schon deshalb eine unmögliche Vorstellung, weil man dann wieder hinter demselben ein anderes Bewußtsein haben muß, das mit diesem Sinne wahrnimmt. Ich kann auch nicht begreifen, daß die Bewußtseinsfunktion in dem Schema *Freuds* ans Ende des psychischen Reflexablaufes gesetzt wird, während doch alle Teile desselben, die hier in Frage kommen, bewußt sein können (vor allem die Wahrnehmung).

Im übrigen halte ich *Freuds* Affektlehre für einen sehr großen Gewinn. Ihr Kernpunkt besteht in der Verdrängung, einem Mechanismus, der ja schon vorher nicht unbekannt war — allerdings mehr den Dichtern als den Psychologen — der aber erst durch *Freud* in seiner vollen Bedeutung erkannt worden war.

Etwas problematischer ist der Begriff von „frei flottierenden Affekten" (Angst, Libido), und doch muß etwas vor-

[1]) Vgl. *Bleuler*, Das autistische Denken. Jahrb. f. Psychoanalyse Bd. IV, 1912.

[2]) Ebenfalls im „Autistischen Denken" etwas weiter ausgeführt.



kommen, das einer solchen Auffassung entspricht. Es ist ja sicher, daß es Affekte gibt, die sich während kürzerer oder längerer Zeit nicht an Ideen heften, sei es, daß sie primär entstehen (aus offenbar körperlichen Bedingungen), wie die Euphorie der Manie, der klassischen Paralyse, der Alkoholintoxikation, oder wie öfters die Libido in der Zeit der Pubertät, sei es, daß ursprünglich mit bestimmten Ideen verbundene Affekte sich losgetrennt haben von dem Ereignis, das sie ausgelöst hat, indem man z. B. ein trauriges Erlebnis vergessen (verdrängt) hat, aber den Affekt nicht hat los werden können. In allen solchen Fällen knüpft sich der Affekt leicht an irgendeine andere Idee; wer eine solche frei flottierende Angst hat, wird leicht gleichgültige Ideen mit Angst betonen, die freie Libido „sucht sich" ein Objekt zum Verlieben usw.

Es ist auch ganz richtig, daß die Affektivität etwas von einem Quantum an sich habe, und daß in gewisser Beziehung die Energie des Handelns eine Funktion derselben ist [1]).

Ebenso liegt der Auffassung von verhaltenen Affekten und vom Abreagieren, die ja nicht eine Neuschöpfung *Freuds* ist, etwas Richtiges zugrunde; ich weiß aber nicht, was. Daß alle ins Unbewußte verdrängten Affekte sich nicht usurieren, während die bewußt bleibenden „abgeführt", in zentrifugale Energie umgesetzt werden, ist durchaus nicht bewiesen. Ich möchte viel eher annehmen, daß eigentlich gar keine Affekte usuriert werden, so wenig wie andere Erlebnisse aus dem Gehirn verschwinden, daß sie aber nur unter bestimmten Umständen wieder aktuell werden. Diese Umstände kann ich noch nicht definieren; jedenfalls wird sich ein Teil derselben mit den Voraussetzungen *Freuds* decken; vor allem ist sicher, daß frühere Affekte durch neue ähnliche wieder erweckt werden können, und daß sie diese modifizieren und namentlich verstärken.

Dem Begriff des Unbewußten gibt *Freud* mit Recht eine so große Bedeutung; ohne ihn ist ein Verständnis der Neurosen und mancher Psychosen und auch der Normalpsychologie nicht möglich. Wenn ich des Autors Auffassung des Unbewußten nicht teilen kann, so ist das eine Nebensache. Ich kann nicht begreifen, daß das Unbewußte

[1]) Eine kurze Beleuchtung dieses Energiebegriffes s. u. in der Bemerkung über den Libidobegriff.



is Verdrängung sexueller Partialtriebe entstanden sei. Es hat m. E. einen anderen Zusammenhang mit der Sexualität, als daß nichts häufig verdrängt wird wie erotische Triebe, und das Verdrängtsein t durchaus nicht eine allgemeine oder wesentliche Eigenschaft unbewußter Psychismen.

Für mich — wie für viele andere — besteht das einzige prinzipielle Unterscheidungszeichen unbewußter Vorgänge darin, daß sie eben nicht bewußt sind. Es gibt für mich keine besonderen Denkgesetze des Unbewußten (Möglichkeit des Ausdrucks einer Idee durch hr Gegenteil, oder mit anderen Worten: Gleichwertigkeit von Position und Negation (*Freud*, Witz 149); Verdrängung statt Urteilsverwertung; Gleichstellung von Wortverbindungen mit Sachverbindungen; Einsetzen der Symbole für beliebige Gedanken). Die Abweichungen, die *Freud* dem Unbewußten und damit auch dem Traumdenken [1]) zuschreibt, finden wir auch im autistischen bewußten Denken. Wenn *Freud* ferner sagt, das Unbewußte ziehe einen vorbewußten Gedanken zu sich herab (Witz 151), so kann ich das nur in dem Sinne gelten lassen, als assoziativ eng mit einem verdrängten Komplex verbundene Gedanken leicht mitverdrängt werden.

Das Unbewußte ist für mich auch nicht „der kontradiktorische Gegensatz des Bewußten" (*Freud*, Zwangsneurose 374); was mir an dieser Auffassung richtig erscheint, ist bloß das, daß Ideen, die dem bewußten Ich unerträglich sind, im Unbewußten aktuell bleiben können. Es gibt also eine Verdrängung ins Unbewußte.

Ich halte auch die Auffassung, daß latente, nicht ekphorierte Erinnerungsbilder dem Unbewußten angehören [2]), für direkt falsch (wobei ich die Frage außer acht lasse, ob die latenten Engramme beständig in minimaler Weise erregt seien, oder ob sie nur als Dispositionen existieren). Wenn es wahr wäre, müßte immerhin ein prinzipieller Unterschied zwischen latentem und aktivem (ekphoriertem) Unbewußten gemacht werden. Nach bisheriger Auffassung

[1]) Die Gesetze des Traumdenkens sind nicht diejenigen des unbewußten Denkens, sondern zunächst eben die des Schlafdenkens (Dissoziation!), das, weil es sich von der Logik unabhängig macht, zugleich eine Form des autistischen Denkens ist.

[2]) *Freud*, A note on the unconscious in Psycho-analysis (Proceedings of the Society for Psychical Research, Part. LXVI, vol. XXVI).

sind Erinnerungsbilder etwas Psychisches erst dann, wenn sie ekphoriert sind. Die ekphorierte Idee aber kann unbewußt oder bewußt sein. Zum Bewußtsein kommt nur ein kleiner Teil; die verdrängten bleiben unbewußt, aber auch viele gleichgültige, da nur eine bestimmte Auswahl aller unserer aktiven und passiven Erlebnisse bewußt wird [1]).

Daß das *Freud*sche Unbewußte neben dem Unbewußten im gewöhnlichen Sinne doch eine Existenz habe, dafür fehlen mir alle Anhaltpunkte. Ich halte auch *Freud*s engeren Begriff für einen unklaren, der z. B. von den latenten Erinnerungsbildern ungenügend abgegrenzt ist, und dessen Stellung in *Freud*s psychischem „System" selbst nicht recht vereinbar ist mit der Erklärung aus verdrängter Sexualität. Im übrigen muß ich auf die kurze Darstellung meiner Auffassung des Unbewußten verweisen, die ich in *Jung*s Assoziationsstudien [2]) gegeben habe.

Aus dem Unbewußten heraus spielen die affektbesetzten Komplexe schon im Normalen eine deutliche Rolle, die zum Prototyp der neurotischen Mechanismen wird. *Freud*s Psychopathologie des Alltagslebens bildet deshalb ein wichtiges Zwischenglied zwischen Psychologie und Pathologie. *Freud*sche Mechanismen sind es, die in den gewöhnlich als zufällig betrachteten Vorkommnissen wie Ungeschicklichkeiten, Versehen, Versprechen, Vergessen, die Hand im Spiele haben. Man vergißt also Worte sowohl wie ganze Ereignisse deshalb gerne, weil sie selbst unbequem zu denken, uns unerträglich, oder weil sie mit einer uns unbequemen Vorstellung verknüpft sind; man zerschlägt aus Ungeschicklichkeit Dinge, die uns in irgendeiner Beziehung im Wege sind, trotzdem das Oberbewußtsein sie schätzt. *Freud* sagt zwar ausdrücklich, daß diese Mechanismen neben den sogenannten Zufälligkeiten wirken; in concreto jedoch sind seine Schüler wie auch der Autor selbst geneigt, in jedem einzelnen Fall einen affektiven Grund zu vermuten.

[1]) Es wäre möglich, daß ein prinzipieller Unterschied zwischen verdrängten und aus anderen Gründen nicht bewußt werdenden Erlebnissen besteht; doch weiß ich bis jetzt keinen Grund zu einer solchen Annahme.

[2]) *Jung*, Diagnostische Assoziationsstudien, I. Bd., Barth, Leipzig 1906, Bewußtsein und Assoziation, S. 229.

Das letztere geht mir nun zu weit. Der affektive Anteil an der ausalkette mag bis auf Null sinken, sobald keine nennenswerten itgegengesetzten Strebungen zu überwältigen sind. Vor einer Türe en falschen Schlüssel aus der Tasche ziehen kann man gewiß ohne esonderen Komplex, wenn man nur gerade an etwas denkt, zu dem er herausgegriffene Schlüssel den Zugang öffnet usw. Aber unzweifelaft ist es ein großes Verdienst, neben dem sogenannten Zufälligen uch das unbewußt Absichtliche in diesen Dingen herausgefunden zu aben. Ob etwas mehr oder weniger von den Einzelerklärungen in oncreto richtig sei, ist für den Wert der Aufstellung vollständig Sebensache. Und wenn *Freuds* aliquis-Beispiel aus anderswo [1]) angeführten Gründen mit größter Wahrscheinlichkeit richtig gedeutet ist, so würde beim Signorelli-Exempel ein eigentlicher Wahrscheinlichkeitsbeweis recht schwierig; wichtig ist nur, daß *Freuds* Erklärung möglich ist, und das ist sie nach Analogie mit vielen anderen ähnlichen Erfahrungen.

Freud hat auch gefunden, daß d e r W i t z seine Wurzel im Unbewußten habe und ganz ähnlichen Mechanismen entstamme wie der Traum, da er die Rücksicht auf die Darstellbarkeit, die Verdichtungen und Verschiebungen als Merkmale enthalte.

Ich könnte die ganze Witztheorie nicht darstellen, ohne sehr weitläufig zu werden. Ich kann auch sie als Ganzes nicht annehmen, da ich z. B. die Rücksicht auf die Darstellbarkeit schon beim Traume nicht sehe, weil die Traumarbeit mir nicht die Gesetze des unbewußten Denkens, sondern diejenigen des Schlafdenkens enthält, und noch aus anderen Gründen. Ich kann mich nicht recht in *Freuds* Vorstellungen vom „Hemmungsaufwand, der zur Abfuhr durch Lachen frei wird", und ähnliches, hineindenken. Sicher hat auch *Freud* die wichtigste aller hier in Betracht kommenden Fragen ganz ungenügend beantwortet: Warum produziert der Witz Lust, und gerade diejenige Art Lust, welche uns zum Lachen bringt?

Alle anderen Theorien des Witzes kommen aber noch weniger weit, und es ist äußerst wahrscheinlich, daß eine definitive Theorie manches Bruchstück aus dem Gedankengange *Freuds* wird benutzen können. Sehen wir doch das Lachen häufig auftreten, wenn unbewußte Komplexe berührt werden.

[1]) *Bleuler*, Die Psychanalyse *Freuds*. Verteidigung und kritische Bemerkungen. Jahrb. f. psychoanal. und psychopathol. Forschungen. II. Bd. Wien 1911, Deuticke.

Mit den Nebentheorien, die weniger von *Freud*, als von seinen Schülern aufgestellt worden sind, möchte ich mich nur im allgemeinen abfinden. Gewiß ist recht vieles unrichtig daran; wir treffen da manche unzutreffende Verallgemeinerung; viele Nebensachen werden zu Hauptsachen erhoben usw. Wer aber an eine neue Forschungsmethode nicht die Anforderung stellt, daß sie ihm lauter Klumpen gediegenen Goldes in die Tasche spiele, dafür aber versucht, selbst aus dem rohen Erz das Metall herauszuarbeiten, der wird darin sehr viel Richtiges finden, das früher nicht gesagt worden ist; er wird Hinweise antreffen, die für neue Studien fruchtbar sein können.

Und manches ist immerhin schon fertiger Gewinn. Sehr vieles wußten gute (namentlich praktische) Psychologen schon längst, aber es ist erst durch die *Freud*sche Schule herausgearbeitet worden zu klar bewußten Begriffen. Daß man oft im Guten und Bösen gerade in der Richtung über das Ziel hinausgeht, wo eine Insuffizienz der Anlage Hindernisse entgegenstellt, ist bis auf *Adler* viel zu wenig beachtet worden. Hinter *Adler*s männlichem Protest steckt etwas Richtiges, was bis jetzt niemand recht erfaßt hatte; wie oft und unter was für normalen und pathologischen Umständen man seine eigenen Affekte, seine Strebungen und Abneigungen in andere Personen verlegt, und ebenso wie häufig man seinen Haß und sein Wohlwollen, das sich auf bestimmte Personen bezieht, auf andere, ganz unschuldige überträgt, ist uns erst jetzt klar geworden. Solche Details ließen sich noch manche anführen, ganz abgesehen von der Schulung für psychologische Beobachtung und psychologisches Verständnis überhaupt, auf die ich besonderes Gewicht legen möchte. Der Fortschritt ist also ein sehr großer, denn ich übertreibe ja nicht, wenn ich darauf aufmerksam mache, daß man sehr viele dicke und berühmte Bände gewöhnlichen Stils über Psychologie lesen kann, ohne darin auch nur das kleinste Korn zu finden, das zum Verständnis der komplizierteren Einzelzusammenhänge des normalen oder gar des pathologischen Seelenlebens nützlich sein könnte. Wenn *Hoche* sagt, der Dauergewinn für die Psychiatrie sei null, ist leicht zu zeigen, daß unsere Wissenschaft sogar jetzt schon deutlich von *Freud*schen Ideen beeinflußt wird, und zwar an vielen Orten ohne Widerspruch zu erregen, und ohne daß die Autoren selbst es merken. Das Psychologische an den Arbeiten von *Birnbaum* wäre ohne *Freud* nicht möglich gewesen,

ıd auch *Kleist* operiert in seiner Involutionsparanoia mit wunsch-füllenden Wahnideen usw. usw.

Von Beispielen von Übertreibungen oder direkten Unrichtigkeiten mögen lgende erwähnt werden.

Es ist falsch, wenn immer wieder die Richtigkeit der angenommenen echanismen mit dem Hinweis darauf begründet werden will, daß auch ı der Psyche nichts Zufälliges vorkomme. Das ist ein Sophisma, das ch auf den Doppelsinn des Wortes Zufall stützt. Wir sind ja hier keine hilosophen, und man darf voraussetzen, daß die volle kausale Bedingtheit es psychischen Geschehens jedem von uns selbstverständlich sei. Dennoch eden wir alle von Zufall in dem Sinne, daß etwas geschehen kann infolge on Einwirkungen, die wir nicht aus den bekannten Zusammenhängen bleiten können. Für die Freudianer bleibt in jedem Falle eben noch achzuweisen, daß gerade i h r e Zusammenhänge und nicht andere, die nan nicht in Betracht ziehen kann, also zufällige nennt, das Maßgebende seien. — Es ist gewiß eine viel zu weitgehende Behauptung, zu sagen, lie Zote sei ursprünglich an das Weib gerichtet und einem Verführungs-versuch gleichzustellen, oder, was immer den Fortgang der Analyse störe, sei ein Widerstand. — Im Widerspruch mit unseren vergleichend zoolo-gischen Kenntnissen ist die Behauptung, die Verkümmerung des Geruchs-sinnes beim Menschen sei eine Folge der Verdrängung dieses Sinnes. — Wenn jemand gewissenhaft ist, so braucht es nicht deswegen zu sein, weil er einen Vorwurf zu verdrängen hat (es k a n n dann und wann so sein); aber Tatsache ist, daß eben der Gewissenhafte sich oft etwas vorzuwerfen hat, während der mit weiterem und unempfindlicherem Gewissen immer mit sich selbst zufrieden sein kann.

Zu beliebt ist überhaupt die Neigung, alle möglichen psychischen Eigentümlichkeiten durch ihr Gegenteil zu erklären. Gewiß wird man gern nach Korrektur und oft sogar nach Überkompensierung derjenigen Fehler streben, die man als Minderwertigkeit an sich empfindet. Aber es ist denn doch nicht bewiesen, daß Demosthenes sich zum Redner ausbildete, w e i l er stotterte (ein angeführtes Beispiel), oder daß man n u r deshalb tapfer sei, um die Ängstlichkeit zu überwinden, und nur deshalb gewissen-haft, weil man sich (sexuelle) Vorwürfe zu machen habe.

So enthält auch gewiß die Auffassung *Ferenczis*, daß bei der S u g - g e s t i o n eine „unbewußte libidinöse Fixierung" im Sinne des mütter-lichen oder väterlichen Oedipuskomplexes wirke, etwas Richtiges. Ich möchte nur hinzufügen, daß das gewiß nicht die einzige und nicht einmal die wesentliche Wurzel der Suggestion ist, und daß die „Fixierung", d. h. der dabei wiedererweckte Affekt, keine libidinöse zu sein braucht. — Auf einer argen Ignorierung von Tatsachen beruht *Ferenczis* Auffassung der Zu-sammenhänge von Alkoholismus und Sexualität.

Von Aussprüchen *Stekels* hebe ich noch einige hervor, die sich aller-dings noch stark vermehren ließen: Jede Angst sei die Angst vor sich selbst.



Hinter jeder Phobie stecke die alte infantile kriminelle Phantasie. Die Zwangsneurose sei die Krankheit des Kriminellen, der seine Gottheit verleugnet, um das Schuldbewußtsein zu verringern; der Zwangsneurotiker sei der Fromme, der sich seiner Religion schämt und sich immerwährend belüge. Ganz stark ist es, auch die „Epilepsie“ als psychogen hinzustellen.

Sexualität.

Freuds Sexualtheorie ist besonders schwer zu resümieren. Durch die Abkürzung erhält manches schärfere Grenzen, als *Freuds* Ansicht entspricht, und eine kurze Wiedergabe läßt schon deshalb, aber auch noch aus anderen Gründen, alles als paradoxer erscheinen, als es eigentlich ist.

Die ersten sexuellen Regungen des Kindes sind nach *Freud* verbunden mit der Nahrungsaufnahme; das erste Objekt ist die Mutterbrust; erste erogene Zone ist die Mundschleimhaut. Das Lutschen ist die erste Sexualbetätigung [1]). Daran schließen sich onanistische Akte in der Genitalzone; das kleine Kind ist durchaus auterotisch [2]). Diese erste Sexualbetätigung wird in den folgenden Jahren nicht nur durch die Erziehung, sondern namentlich durch die normale Entwicklung unterdrückt und sogar aus dem Gedächtnis verdrängt. Damit werden auch die anderen Ereignisse aus der nämlichen Zeit ins Unbewußte gestoßen. Das ist der Grund, warum wir uns an die frühere Kinderzeit nicht erinnern [3]).

[1]) Ich halte das Lutschen sehr bestimmt für eine Betätigung des Nahrungstriebes, obschon ich weiß, daß es manchmal mit sexuellen Reizungen verbunden wird.

[2]) Nach meinen Beobachtungen besteht kein prinzipieller Unterschied in dem sexuellen Objekt gegenüber den Erwachsenen.

[3]) Es würde sich also um einen gleichen Mechanismus handeln, wie er nach *Freud* den hysterischen Amnesien und Verdrängungen zugrunde liegt. Diese erklären sich aber sehr leicht durch die allgemeine Affektwirkung (Assoziationshemmung für das dem Affekt nicht entsprechende), während die Kindheitsamnesie selbstverständlich wird, wenn man sich klar macht, was für eine beständige Umgestaltung der Assoziationswege während der Entwicklung des Weltbildes eintritt. Erinnerungsbilder können ja nur herbeigezogen werden auf Bahnen, die früher gebildet worden sind, also von Gedanken aus, die den zu ekphorierenden verwandt waren. Der Erwachsene lebt in fast lauter Psychismen, die denen der



Erogene Zonen sind ferner die Afterschleimhaut und eventuell liebige andere Teile, namentlich der Haut. In bezug auf die Schau-st werden die Augen zu einer Art Sexualorgan [1]).

Abgesehen von den Reizungen der erogenen Zonen können alle deren Vorgänge, wenn sie eine gewisse Stärke erreichen, sexuelle pannung und sexuelle Lust auslösen. Schaukeln, Schweben und nliche passive Bewegungen bekommen sexuelle Bedeutung, ja, gar intellektuelle Anstrengungen, die nach *Freud* nur auf diesem ege Ursache einer Neurose werden können.

Abgesehen von der Multiplizität der erogenen Zonen hat das ind die Möglichkeit, ja, in gewissem Sinne den Trieb, auch alle brigen sexuellen Perversitäten (Schaulust, Algolagnie, Homosexu-alität usw.) zu üben. Es ist „polymorph pervers“. Auch die Perversitäten erden im Knabenalter, wenn die Entwicklung normal bleibt, ver-drängt. Ihre Energien kommen Kulturbestrebungen zugute, sie werden sublimiert. Alle wichtigeren Strebungen in Kunst und Wissenschaft und Moral können hierzu gehören. Dem Forschertrieb liegt die Frage zugrunde, woher die Kinder kommen. Das Kind, das sich sexuell betätigt, scheint nicht erziehbar, weil es nicht sublimiert [2]).

Etwa vom vierten Jahre an macht das Kind eine Zeit durch, in der die Sexualität stark zurücktritt („Latenzperiode“). Während dieser Zeit wird allmählich das Primat der eigentlichen Genitalzone

---

ersten Kinderzeit nicht verwandt sind; und wenn noch ein solcher Ge-danke aufträte, so wäre die Konstellation eine total andere, er könnte also nur infolge eines unwahrscheinlichen Zufalls alte Assoziationsverbin-dungen benützen.

[1]) Der Ort des Reizes und die Art der Empfindung ist gar nicht immer das Ausschlaggebende. Wird man im Tramwagen mit Personen des anderen Geschlechts enge zusammengepackt, so bleibt die Berührungs-empfindung sich gleich, ob die Person schön oder häßlich sei; die erogene Bedeutung derselben ist aber eine sehr verschiedene. Ja, die Reizung der Genitalien selbst hat sehr wenig oder gewöhnlich sogar gar keinen erogenen Wert (Reibung durch die Kleider, beim Waschen), wenn nicht erogene Vorstellungen dabei sind.

[2]) Davon bin ich nicht überzeugt. Natürlich bewirkt jedes heimliche Vergehen eine Störung in dem Sinne, daß das Kind lügen muß, den Rap-port zu den Autoritätspersonen einschränkt und zu einem unangenehmen gestaltet, und daß es endlich durch die Bestrafung widerspenstiger wird. Das ist aber etwas prinzipiell anderes.

und der normalen Triebrichtung vorbereitet; der ihnen angehörige Erregungsbetrag wird in Kulturwerte umgesetzt, „sublimiert“, und die Inzestschranke aufgestellt, d. h. die Libido, die sich zuerst an die Mutter, eventuell andere Pflegepersonen, dann aber hauptsächlich an den andersgeschlechtigen Erzeuger fixiert hatte [1]), wird von diesem abgelöst, sonst würde die sexuelle Liebe an ihnen hängen bleiben und käme nicht aus der Familie heraus.

Beim Menschen hat die sexuelle Erotik eine sehr starke psychische Komponente bekommen, die normaliter gerade das Ausschlaggebende ist, aber zu einem bedeutenden Teil sich deckt mit anderen Formen der Zuneigung, mit der Liebe zu Familiengliedern, mit Freundschaft, Hochachtung usw. Verwechslungen und Übergänge von einer Form zur andern sind deshalb leicht verständlich.

In der Latenzperiode gibt es gelegentlich eine vorübergehende Kinderonanie.

In der Pubertät wird das Sexualobjekt und zugleich ein neues Sexualziel (die Entleerung der Sexualprodukte) gefunden, und die Unterordnung der erogenen Zone unter das Primat der Sexualzone wird eine ausgesprochene. Die erogenen Zonen bleiben, aber sie dienen nur noch der Erregung der Vorlust. Die scharfe Sonderung der Geschlechter tritt erst jetzt ein [2]). Die auterotischen Betätigungen sind beim männlichen und weiblichen Kind identisch, aggressiv männlich; überhaupt ist die Libido regelmäßig und gesetzmäßig männlich [3]).

Die Objektfindung macht eine Zwischenstufe im Narzißmus durch, bei dem die ganze eigene Person wie eine fremde geliebt wird.

Beim Weibe haben wir in dieser Zeit oft noch einmal einen deutlichen Verdrängungsschub, der sich der Sexualentwicklung entgegenstellt. Vor allem wird nun die erogene Bedeutung der Klitoris unterdrückt zugunsten der Vagina, womit ein wichtiges Stück männlicher Sexualität definitiv verdrängt wird.

Die Sexualentwicklung hat also folgende Stufen: Die ersten

---

[1]) Mir scheint das ein gewisser Widerspruch zu der Annahme des infantilen Auterotismus.

[2]) Meiner Erfahrung nach sind sie vorher kaum weniger unterschieden als nachher, obschon das normale Mädchen in der Pubertät die (hetero-) sexuelle Liebe nicht scharf abgrenzt von der (homosexuellen) Freundschaft.

[3]) Diesen Ausspruch verstehe ich nicht.



jekte sind die Mutterbrust und dann die erogenen Zonen des eigenen örpers. Immerhin besteht eine erotische Fixierung an die Pflegersonen, vor allem an den andersgeschlechtigen Elter (Ödipusmplex). In der L a t e n z z e i t werden die Partialtriebe unterrückt, ihr Erregungsbetrag zur Sublimierung verwendet, die Inzestchranke aufgestellt. Aber erst in der P u b e r t ä t findet die eigentiche Ablösung von den Eltern statt und gleichzeitig die Objektfindung, etzteres oft durch die Stufe des Narzißmus: jetzt wird das Sexualziel gewonnen.

Die Sexualerregung („Sexualspannung“) nun wird nach *Freud* wahrscheinlich bewirkt durch chemische Stoffe. Deshalb die Ähnlichkeit der Aktualneurosen, die direkt von der körperlichen Sexualität abhängen, mit den Intoxikationen und Abstinenzerscheinungen lusterzeugender Gifte.

Geschlechtstrieb und Libido sind natürlich unabhängig von ihrem Objekt, genau wie der Nahrungstrieb, der Hunger. Die Variationen der Libido sind aber viel stärker und gehen leichter ins Pathologische als die des Nahrungstriebes [1]).

Die meisten krankhaften Störungen des Sexualtriebes charakterisiert *Freud* als Überschreitungen der Betätigung oder als Entwicklungshemmungen. Bei den Neurosen und Psychosen finden wir deutliche Betätigungen der Perversionen, die durchaus der infantilen Sexualität entsprechen. Man darf also ein Stehenbleiben der Sexualität auf kindlicher Stufe annehmen. Bei gewissen Psychosen finden wir ein Zurückbleiben oder Zurückgehen (Regression) auf die Stufe des Narzißmus usw. Bei der Schizophrenie ist die Objektfindung verunglückt. Der Kranke bleibt auterotisch. Der Fetischismus ist eine Sexualüberschätzung, die den mit dem Sexualobjekt assoziativ verbundenen Dingen ein zu großes Gewicht verleiht und dabei das eigentliche Ziel aufgibt. Er selber verbindet sich nicht direkt mit Neurosen.

---

[1]) Immerhin gibt es auch Lehmesser und Alkoholtrinker; die letzteren meinen ausgesprochenermaßen ein körperliches Bedürfnis zu befriedigen, den Durst zu löschen; die Hirnwirkung steht im subjektiven Bewußtsein erst in zweiter Linie oder wird ganz ignoriert; bekannt sind ferner die eigentlich krankhaften Picae.



Die Perversionen haben alle erst dann als krankhaft zu gelten, wenn sie die Hauptsache werden, oder wenn sie das normale Sexualziel direkt ausschließen. In nuce oder in der Verdrängung bleiben sie auch beim Gesunden erhalten.

Eine besondere Rolle schreibt *Freud* der Inversion (Homosexualität) zu. Dieselbe stammt aus unserer Anlage, die psychisch ebensowohl wie physisch bisexuell ist [1]). Sie wird normaliter in der Latenzzeit verdrängt, aber nie ganz unterdrückt. In den Neurosen und Psychosen spielt sie eine große Rolle.

Wichtig für den Gesunden wie für den Kranken ist auch der Umstand, daß früher, namentlich in der ersten Kindheit erworbene Assoziationen der Geschlechtslust mit irgendwelchen anderen Vorstellungen große Bedeutung erhalten oder jederzeit wieder erlangen können. Dadurch wird das Sexualziel in der Jugend fixiert (Haftfähigkeit eines ersten erotischen Eindruckes, einer ersten Liebe). So geschieht u. a. die Auswahl der Geliebten sehr oft nach Ähnlichkeit mit der Mutter oder nach der Gegensätzlichkeit zu ihr usw. Auch die infantilen Sexualtheorien, die eine merkwürdige Ähnlichkeit von Individuum zu Individuum haben, beeinflussen oft noch die späteren Krankheitssymptome und die Träume.

Die von *Freud* als Analerotik hervorgehobene Perversion, die die Lust bei der Defäkation gewinnt, und die den Charakter im Sinne übertriebener Ordnungsliebe, Sparsamkeit und des Eigensinns modelt, habe ich in drei Fällen beobachtet. Ich möchte also nicht verneinen, daß die Aufstellung etwas Richtiges enthält.

Daß ich mit manchen Einzelheiten dieser Sexualtheorie nicht einverstanden bin, habe ich bereits durch einige Anmerkungen angedeutet. Ich muß aber hinzufügen, daß ich gerade das Wesentliche der Theorie in manchen Punkten verwerfe und von den Details manches für ungenügend fundiert halte. *Freud* hat sie geschaffen, weil sie ihm die analytischen Erfahrungen an Neurotikern am einfachsten erklärte. Nimmt man aber andere Erfahrungstatsachen hinzu, und betrachtet man die Sexualität z. B. unter dem Gesichts-

[1]) Die letztere Hypothese stammt nicht von *Freud*.



punkt der Phylogenese, so wird es unmöglich, anzunehmen, daß die Lust bei Handlungen, die der Befriedigung anderer Triebe dienen (Muttermilchtrinken), primär eine sexuelle sei, und daß Auterotismus im *Freud*schen Sinne etwas Primäres sei, das normaliter überwunden werden müsse usw. Ein Auterotismus als normale Erscheinung hat auch vorübergehend keine Existenzberechtigung. Der Sexualtrieb ist der Trieb zur Vermischung; wenn nun ein Teil der mit seiner Betätigung verbundenen Lust beim Menschen und einzelnen höheren Tieren auch auf andere Weise gewonnen werden kann, so wird das natürlich unter Umständen benutzt, und wenn es übertrieben benutzt wird, wird es pathologisch. So haben wir gar keinen Grund, ein anderes Verhältnis der Onanie zum Sexualtrieb zu sehen als das des Ludelns zum Nahrungstrieb. Der Saugtrieb ist in der Kindheit notwendig; er ist also mit Vergnügen verbunden, und ein Teil dieses Vergnügens wird auch gewonnen, wenn das Kind an irgendeinem Ding saugt, das ihm keine Nahrung spendet. — In dieser Einwendung liegt etwas Theorie, die ja falsch sein könnte. Aber nicht falsch sein kann die Beobachtung, daß auch das Kind schon Liebe, und zwar sexuell gefärbte Liebe zu anderen Personen hat, sobald es eine Persönlichkeit erfassen kann.

Ganz gleich mit den übrigen Perversionen. Wir sehen wie überall in der Natur auch beim Geschlechtstrieb eine gewisse Streuung, und gerade hier können wir die einzelnen Abweichungen vom eigentlichen Ziel aus der ganzen Sachlage recht gut verstehen; wir sehen sie aber beim Kinde wie beim Erwachsenen, und es ist auch selbstverständlich einerseits, daß sie da zurücktreten, wo das normale Ziel erreicht ist und das Individuum seinen Trieb in dieser Richtung befriedigt, und andererseits, daß sie etwas deutlicher zutage treten in der Zeit, bevor das normale Ziel erreicht werden kann, und daß sie unter krankhaften Umständen geradezu den normalen Trieb ersetzen können.

Sind diese Auseinandersetzungen richtig, so fällt schon deshalb die ganze *Freud*sche Auffassung der sexuellen Entwicklung. Ich habe aber noch einzuwenden, daß die Beobachtungen, aus denen sie retrospektiv abgeleitet ist, sich ungezwungen auch anders erklären lassen, und vor allem, daß ich diese Entwicklung bei der Beobachtung des werdenden Individuums nicht sehe.

Die unscharfe Begrenzung des Begriffes der Sexualität kondensiert sich in den Wandlungen des Libidobegriffes, der eigentlich identisch sein sollte mit dem des Sexualtriebes. *Freud* versteht unter Libido die sexuellen Strebungen und diejenigen von den anders gerichteten, die aus Verwandlung sexueller Energie entstanden sind. Der Autor geht aber darüber hinaus, wenn er die Befriedigung des gesättigten Säuglings der sexuellen Befriedigung gleichstellt und das Lutschen an sich als sexuelle Betätigung auffaßt. Der Begriff wird auch deshalb zu weit und zu unbestimmt, weil *Freud* gar viele Strebungen als umgewandelte Libido auffaßt, die Anderen als selbständig erscheinen, so alle kulturellen.

Jung hat schließlich — wie er fälschlich glaubt, im Anschluß an *Freud* — den Libidobegriff dem der psychischen Energie überhaupt gleichgesetzt und genetisch in diesem Umfang zu erfassen und zu begründen gesucht, indem er auseinandersetzte, daß die anderen Strebungen, wie z. B. der Nahrungstrieb, zwar nicht als Sublimierung beim einzelnen Individuum, aber phylogenetisch (wie etwa der Nestbau) aus dem Sexualtrieb entstanden seien. Immerhin kennt er noch eine Libido im engeren Sinne, die als bloß sexuelle Strebung bei den Neurosen eine Rolle spielt, während bei der Schizophrenie die ganze Libido (im Umfange *Jungs*) „introvertiert", d. h. von der Wirklichkeit abgezogen und auf autistische Gebilde übertragen wird. So schließt bei diesem Autor die Libido sogar noch alle Wirklichkeitsfunktion ein[1]).

Die Identifizierung nicht gerade von Libido, aber von Affektivität überhaupt mit psychischer Energie findet sich auch bei *Freud*. Das ist nun meiner Meinung nach nicht statthaft. Es handelt sich um zwei ganz verschiedene Begriffe von „Energie". Richtig ist, daß die Kraft unseres Handelns von der Affektbesetzung abhängt. Außerdem muß jeder psychische Vorgang eine gewisse Energie in sich haben. Das, was wir sonst „psychische Energie" zu nennen gewohnt sind, wenn wir sie der physischen gegenüberstellen, entspricht dem letzteren Begriff. Ein psychischer Vorgang kann möglicherweise viele im Gehirn aufgestapelte Energie verbrauchen (um innerhalb der gangbaren Auffassung zu bleiben) und doch weniger Energie im Sinne der Affek-

[1]) *Jung* hat seitdem seine Auffassung noch weiter modifiziert und seine Neurosentheorie stark — vielleicht zu stark — desexualisiert (Jahrb. f. psychoanal. Forschung, Wien, Deuticke, 1913).

tivität, der psychischen Energie *Freuds* und *Jungs* entwickeln. Es gibt natürlich Gründe zu der Annahme, daß ein affektiv energischer Vorgang mehr „Nervenkraft" braucht als ein mit Affekt weniger besetzter, aber das ist ein mehr zufälliges Zusammentreffen. Es wird auch manchem schwer fallen, anzunehmen, daß die sexuelle Energie sich als „Zuschuß" zum Energiebetrag irgendwelcher anderer Strebungen addieren oder sich in eine andere Strebung verwandeln könne. Beruht doch nach *Freud* unsere ganze Kulturentwicklung hauptsächlich auf verdrängter und in Kulturbestrebungen verwandelter sexueller Energie.

Was hier sicher ist, ist nur folgendes: Wir sehen sehr häufig, daß unbefriedigte sexuelle Strebungen ersetzt werden durch andere humanitäre oder sonst kulturelle, manchmal tragen auch solche „Ersatzbetätigungen" deutlich den Charakter des Sexuellen (Krankenpflege; Katzenliebe alter Jungfern); es existiert also nicht nur eine Ablenkung von der Sexualität durch andere Ziele, sondern irgend etwas mehr, was man ansehen mag als Verwendung sexueller Energie für etwas anderes. Ferner können diese Ziele sicher kulturelle sein.

Außerdem ist es bekannt, daß die Strebungen (bzw. die Affekte) überhaupt sich durch assoziative Bindungen an Objekte ketten können, denen sie ursprünglich fremd sind; es besteht nun kein Grund, bei der Libido eine Ausnahme zu machen.

Mehr als das halte ich nun nicht nur für unbewiesen, sondern für unwahrscheinlich. Viele Leute lassen ihre Libido keineswegs aufstauen und haben auch ihre Perversionstriebe nicht alle sublimiert, nehmen aber nichtsdestoweniger lebhaften und aktiven Anteil an den Kulturbestrebungen, und ich sehe nicht ein, warum es nicht Kulturbestrebungen geben solle, die eine von der Sexualität unabhängige besondere Wurzel haben. Diese mag sogar die wichtigste sein, d. h. es ist mir denkbar und wahrscheinlich, daß Kulturbestrebungen für sich existieren, und daß die Sexualität nur zufällig einen Kräftezuschuß dazu liefert, indem ein Aktivitätstrieb, der sich auf seinem Gebiete nicht äußern kann, sich auf einem beliebigen anderen Gebiete, also auch auf dem der Kulturbestrebungen, betätigt.

Hinrichsen [1]) sieht in meiner Ansicht von der Libido und Sublimierung eine „tödliche Inkonsequenz":





„Ja, *Bleuler* spricht von einem für sich in größerer Selbständigkeit bestehenden „Wissenstrieb“ und von einer für sich bestehenden Energie des Individuums. Wie sehr durch solche Zugeständnisse die *Freud*sche Sublimierung Einbuße erleidet, ja, im Grunde als etwas Bedeutsames total aufgehoben wird, muß ich das erst genauer aufzeigen? Entweder haben wir in der Sexualität die Basis allen psychischen Geschehens, oder wir haben in ihr überhaupt keine Basis mehr. Existiert erst ein „Wissenstrieb“ — und warum dann nicht auch ein „Kunsttrieb“ usw.? —, dann liegt gar kein Grund vor zu glauben, daß sich diesen Trieben noch erst die Libido sekundär zuwenden müsse. Entweder existiert eine sich in nichtsexuellen Dingen verratende Energie, welche nicht der Libido entstammt, dann braucht auch gar keine Libido sekundär hinzuzukommen, damit Energie erst Energie wird. Oder, wenn mit der Libido, mit der Sublimierung usw. etwas anzufangen sein soll, muß eben auch jeder „Trieb“ und jede Energie der Libido entstammen, restlos nichts anderes als verwandelte Libido sein. Mit dem *Bleuler*schen Standpunkt fällt also alles dahin, wird eitel Wind, zerflattert der ganze Libidobegriff überhaupt. Aber *Freud* selber kann *Bleuler* nichts vorwerfen, denn er selbst erkennt ja „Ichtriebe“ an und verfällt damit in die ganz gleiche, für seine Anschauung von der alles bewirkenden Macht der Libido einfach tödliche Inkonsequenz wie *Bleuler*.“

Der falsche Standpunkt des Autors drückt sich schon in dem Worte „Zugeständnisse“ aus. Ich ging nicht von einer vorher fixierten Meinung aus, sondern ich prüfte, was an den *Freud*schen Lehren richtig sei, und was nicht. Ich kenne nun einen von der Sexualität unabhängigen Wissenstrieb und sage das. Das ist eine Konstatierung, kein Zugeständnis. *Hinrichsen* behauptet nun, im Tone des Gegensatzes zu mir, daß durch mein Zugeständnis die Sublimierung als etwas Bedeutsames total aufgehoben werde. Wenn das auch richtig wäre, so würde es kein Wort entkräften von dem, was ich gesagt; ob die Sublimierung mehr oder weniger bedeutsam sei, ist mir ganz gleich. *Freud*s Auffassung, daß das Wesentliche an den Kulturbestrebungen umgewandelte Libido sei, habe ich ja gerade in dieser Konstatierung abgelehnt. Es ist aber außerdem nicht richtig, daß damit der Begriff der Sublimierung als etwas Bedeutsames aufgehoben werde; er enthält zwar nichts prinzipiell Neues mehr, aber er behält einen großen theoretischen und einen viel größeren praktischen Wert,

[1]) Unser Verstehen der seelischen Zusammenhänge in der Neurose und *Freud*s und *Adlers* Theorien. Zentralbl. f. Psychoanalyse u. Psychotherapie, 3. Jahrg., 1913, S. 376.



der eben durch den Zusammenhang mit den *Freud*schen Ideen erhöht wird. — Und nun, warum müssen wir in der Sexualität die Basis a l l e n psychischen Geschehens sehen oder überhaupt keine Basis mehr haben? Wir wollen einfach konstatieren, daß viele Leute für verfehlte Liebe in einer anderen Betätigung Ersatz finden, was ich unter Berücksichtigung der anderen Umstände so auffasse, daß sich die Libido einem vorher existierenden Kunsttrieb oder sozialen Trieb usw. zuwenden könne, und was *Freud* so auffaßt, daß jene sich in solche seines Erachtens nicht selbständig existierende Triebformen verwandeln könne. Ob man nun im Hinblick darauf die Libido eine „Basis" nennen will oder nicht, ist ein Wortstreit. Keinesfalls ist diese Konstatierung im Widerspruch mit irgendetwas von dem, was ich gesagt habe. — Zu einer Energie braucht natürlich keine Energie hinzuzukommen, damit Energie Energie wird, aber es braucht zu einer kleinen Energie eine große hinzuzukommen, damit sie Große s wirken könne. Warum muß nun jeder Trieb und jede Energie restlos nichts als verwandelte Libido sein, wenn mit der Sublimierung etwas anzufangen sein soll? Die Dichter und Praktiker haben bis jetzt sehr viel mit ihr angefangen, ohne sich darum zu kümmern, ob der Kunsttrieb oder die Krankenpflege oder die Katzenzucht ganz oder teilweise oder gar nicht der Libido entstamme. Und nun erst warum wird mit meinem Standpunkt alles eitel Wind? Jedenfalls meine Auffassung der Sublimierung nicht. Und warum zerflattert der ganze Libidobegriff? Sehr vieles, was *Freud* von der Sublimierung sich vorstellt, ist allerdings mit der Annahme meiner Anschauungen hinfällig. Aber was täte denn das meinen Ansichten, und wo ist die Inkonsequenz? Jedenfalls nicht bei mir; sondern sie steckt darin, daß man *Freud*sche Ideen, die ich modifiziere oder bekämpfe, und meine eigenen Ideen in den nämlichen Begriff verwursteln will. *Freud* ist der Entdecker, und ich bin der Nachprüfer seiner Aufstellungen, nicht derjenige, der sie à tout prix verteidigen will. Was an der Sublimierung m e i n e n Erfahrungen entspricht, habe ich in dem von *Hinrichsen* gelesenen Zusammenhange ausgeführt; es ist nichts Neues, sondern entspricht dem, was allgemein beobachtet und hingenommen wird, und wogegen nie Widerspruch erhoben worden ist. Es wird also richtig sein. Außerdem prüfte ich die Grenzen der Libido und glaubte sie enger stecken zu müssen als *Freud*. Darin ist kein Widerspruch.



Anlaß zum Mißverständnis hat vielleicht mein Ausdruck: Es gebe eine Sublimierung im „*Freud*schen Sinne", geboten. Damit wollte ich, wie aus dem Zusammenhang hervorgehen sollte, eine Verwandlung von Sexualität in anders gerichtetes Streben bezeichnen, zum Unterschied von Sublimierung etwa von $HgCl^2$. Daß ich die Verwandlung der sexuellen Triebe in sonst nicht existierende Kulturbestrebungen nicht als bewiesen oder nicht einmal als wahrscheinlich betrachte, habe ich gesagt.

Hinrichsen fährt fort: „Eine Libido, die nicht alles kann und alles ist, ist keine Libido im sonstigen *Freud*schen Sinne mehr und vermag als Erklärungsmoment gar nichts mehr zu leisten. Sie kann einpacken und schlafen gehen." Das ist nicht richtig; sie hat schon vieles erklärt, bevor die Psychanalytiker und ihre Gegener auf der Welt waren. „Existieren erst neben ihr „Ichtriebe" zugegebenermaßen", sagt *Hinrichsen* weiter, „so kann mich nichts mehr hindern, auch in der Libido eine Äußerung dieser „Ichtriebe" zu sehen bzw. die kaum trennbare Einheit der Sexual- und Ichtriebe zu konstatieren." Mich auch nicht.

Ich lege ein gewisses Gewicht auf diese Kritik einer Nebensache deswegen, weil die Art des Raisonnements von *Hinrichsen* typisch ist. Es sind ja ganze Broschüren geschrieben worden, in denen auf analoge Weise Inkonsequenzen und Unmöglichkeiten konstruiert worden sind. —

Was von den *Freud*schen Sexualtheorien, wenn auch in anderen Zusammenhang gesetzt, meines Erachtens richtig ist, ist folgendes:

Die Sexualität ist auch beim Kinde schon vorhanden; die (relativen) Unterschiede gegenüber der Sexualität nach der Pubertät sind aber noch nicht studiert, jedenfalls wird schon normaliter sehr früh das Sexualziel in andersgeschlechtigen Personen gefunden.

Der Ödipuskomplex, d. h. eine sexuelle Fixierung an den andersgeschlechtigen Elter, besteht ganz allgemein und kann aus dem Unbewußten heraus das Liebesleben und die ganze Psyche während des späteren Lebens beeinflussen.

Sexuelle Erlebnisse aus der Kinderzeit können bei Krankheitsdisposition später die Symptomatologie beeinflussen (vielleicht auch den Ausbruch der manifesten Krankheit mitbedingen).



Übertreibungen der elterlichen Zärtlichkeiten können einen schädigenden Einfluß auf die Psyche haben im gleichen Sinne wie sexuelle Reizung.

Inversion und alle Perversionen bestehen in nuce auch beim Normalen und lassen sich bei Neurotikern und Psychotikern als wichtige, die Symptombildung beeinflussende Agenzien erkennen; speziell die „homosexuelle Komponente" läßt sich sehr häufig nachweisen.

Die Bedeutung der Sexualität für die Individualität sowie für die Gestaltung und wohl auch den Ausbruch von Psychosen und Neurosen ist eine sehr viel größere als man gewöhnlich annimmt.

Für eine wichtige Leistung *Freuds* halte ich die Herausarbeitung des Begriffes des Sexualwiderstandes, der Sexualverdrängung.

Bei Menschen und Tieren ist ein gewisser Widerstand der Sexualreizung förderlich oder für sie notwendig. Dann sehen wir ebenfalls schon bei Tieren, noch auffälliger aber beim Menschen schon unter den primitivsten Zuständen wie auf der höchsterreichten Kulturstufe sehr enge Schranken, die sich nicht direkt aus dem Zwecke des Sexualtriebes ableiten lassen. Die Herausbildung der Scham, die enorme Wertschätzung der Keuschheit, die Auffassung der sexuellen Betätigung als Sünde, die ganz unverhältnismäßige Bedeutung sexueller Konflikte in der Neurose, die mehrfache Verbindung der Wollust mit Angst und mit dem Begriff des Todes sind auffallende Erscheinungen, deren Kenntnis für die Normalpsychologie wie für die Pathologie von größter Bedeutung ist [1]).

Traum.

Neben der Sexualität sind die Träume das wichtigste Gebiet der *Freud*schen Forschung. Sie entstehen folgendermaßen: Jedermann hat verdrängte Wünsche, die sich zu realisieren streben. Die „Zensur" hindert sie aber am Bewußtwerden und namentlich an der halluzinatorischen Realisation, die beim Geisteskranken so häufig ist. Im Schlaf läßt die Zensur nach, und sie kann es tun ohne Gefahr,

[1]) Im Jahrbuch für Psychoanalyse (Bd. V 1913) versuche ich die Erscheinung des Sexualwiderstandes einigermaßen verständlich zu machen.



da die Motilität ausgeschaltet ist, so daß man nicht im Sinne der Wünsche handeln kann.

Ganz wirkungslos ist aber die Zensur auch im Schlafe nicht. Sie läßt die verdrängten Strebungen zwar zum Bewußtsein durchgehen, macht aber beim Erwachsenen den Inhalt dem Bewußtsein unkenntlich, entstellt ihn. Diese Arbeit der Entstellung ist nach *Freud* geringer, als wenn die Wünsche ganz unterdrückt werden müßten. Die Wunschgedanken, die zugleich die Traumgedanken sind, werden also in ihrer eigentlichen Form von der Zensur nicht durchgelassen, schlagen dann den umgekehrten Weg ein, „regredieren" und kommen am funktionellen Beginne der psychischen Reihe, bei den Wahrnehmungen an, bzw. werden selber zu Wahrnehmungen, d. h. Halluzinationen.

Infolge der Zensur, der Rücksicht auf die Darstellbarkeit und anderer Eigentümlichkeiten der Traumpsychismen überhaupt wird aber der Inhalt in verschiedener Weise entstellt.

Die Verschiebung setzt andere Ideen an die Stelle der vom Traumgedanken ursprünglich gemeinten, drückt eine Position durch eine Negation aus, und umgekehrt, und versetzt die Affekte von einer Idee auf die andere oder nimmt sie einer Idee, um sie vorläufig überhaupt zu unterdrücken. Die Verdichtung drückt in einem Wort oder in einem halluzinatorisch dargestellten Begriff verschiedene Ideen zugleich aus: die Personen, die in unseren Träumen erscheinen, haben meist Merkmale von verschiedenen wirklichen Personen. Die Rücksicht auf die Darstellbarkeit mit den Mitteln des Traumes ersetzt einen abstrakten Traumgedanken durch einen bildlichen und konkreten. Hohn wird durch Absurdität des Inhaltes ausgedrückt, ein Entweder-oder durch Nebeneinanderstellen beider Möglichkeiten [1]), ein Willenskonflikt mit Verneinung durch Unmöglichkeit sich zu bewegen usw.

Eine fernere Eigentümlichkeit ist die Überdeterminierung, die jedem Traumelement mehrere Bedeutungen gibt. Sie läßt sich auch so beschreiben, daß ein Element nur dann Zugang zum Traum bekommen kann, wenn es durch mehrfache Assoziationen mit demselben verbunden ist.

[1]) Auch kleine Kinder verstehen das Entweder-oder noch nicht recht und lieben es, beide Möglichkeiten nebeneinander zu stellen.

Während also im Wachsein Strebungen, die unserem bewußten Empfinden fremd oder zuwider sind, ins Unbewußte verdrängt werden, finden sie im Traum eine verkleidete Darstellung. Die Tagesereignisse geben meist nur den Anlaß zu einem bestimmten Traum; die „eigentliche Triebkraft" für den Traum gibt der verdrängte Wunsch, der infolge affektiver oder intellektueller Ähnlichkeit durch das Tagesereignis geweckt wurde. Der Wunsch enthält zugleich eine aus der früheren Kinderzeit stammende, verdrängte Strebung sexuellen Inhalts oder besteht ganz aus einer solchen; der Traum ist insofern „ein Stück des überwundenen Kinderseelenlebens". Als Ausfluß des primären Ich ist er nur egoistischen Regungen zugänglich wie das kleine Kind [1]). Ein bewußter Wunsch kann also nur dann zum Traumerreger werden, wenn es ihm gelingt, einen ähnlich lautenden, aus der Kindheit stammenden, unbewußten zu wecken.

Seine Theorien hat *Freud* zur Erklärung der Tatsache gebildet, daß er bei seinen Analysen immer auf einen unbewußten infantilen Wunsch gestoßen ist, dessen Bedeutung ihm größer schien als die des aktuellen Wunsches. Er weiß aber auch, daß eine vorhandene körperlich oder psychisch bedingte Stimmung ihr selbst adäquates Material assoziieren und dem Traume beimischen kann. Die Angstträume erklärt er durch einen verdrängten sexuellen Wunsch.

Die Bedeutung des Traumes bestünde darin, daß er die zum Bewußtwerden und nach Realisation strebenden Wünsche des Unbewußten in verkleideter Form zum Bewußtsein kommen läßt, so daß Erregung „abgeführt" werden kann, die sonst der Ruhe des Gehirns und dem Schlaf schädlich wäre. Es braucht dann keine Kraft, sie zu unterdrücken, und ihre Affektbesetzung kann nicht stören. Der Traum ist in diesem Sinne der Hüter des Schlafs, ganz abgesehen davon, daß natürlich während des Schlafes der Schlafwunsch immer besteht und also mehr oder weniger deutlich in jeden Traum eingehen muß.

Diese Theorien nun scheinen mir unbegründet und unwahrscheinlich. Es fehlt uns bis jetzt jeder Anhaltpunkt zu der Annahme, daß der Traum eine wichtige Funktion zu erfüllen habe. Nach dem,

[1]) Es ist sicher falsch, daß das kleine Kind nur egoistische Regungen habe.



was wir wissen, kann er ganz gut ein Nebenprodukt sein im Sinne der verbreiteten Auffassung, daß die Funktion der psychischen Organe im Schlafe nicht ganz eingestellt werde. Daß das „Beschlafen" eines Problems, eines uns quälenden affektiven Erlebnisses sehr oft das Problem der Lösung näher bringt oder den Affektsturm besänftigt, kann ja auch davon herrühren, daß der Schlaf eine andere Einstellung schafft genau wie jede andere „Ablenkung".

Fehlt dem Traum ein Zweck, eine bewußte oder unbewußte Absicht, so gibt es auch keine „Rücksicht auf die Darstellbarkeit". Ebensowenig kennen wir einen Grund, eine Zensur als besondere Funktion anzunehmen. Wir möchten auch nicht gerne annehmen, daß eine Zensur prinzipiell manchmal versagt, da es ja nichts nützt, wenn eine unerträgliche Vorstellung verschleiert, aber ihr unangenehmer Affekt (die Unerträglichkeit) an ihr Symbol geknüpft wird, so daß das, was man vermeiden wollte, doch da ist. Ich weiß allerdings, daß die Ersatzvorstellung objektiv häufig weniger unerträglich scheint als die ursprüngliche.

Die Auffassung des Traumes als eines erfüllten Wunsches ist allerdings in den meisten Einzelfällen zutreffend; wir werden ja selten einen Traum haben, der nicht eine Wunscherfüllung darstellt. Aber daß er nur und prinzipiell Wunscherfüllungen enthalte, das scheint mir nicht genügend bewiesen. Es widerspricht auch meinen Erfahrungen, daß die kindlichen Träume alle direkte Wunscherfüllungen seien. Sobald meine Kinder Träume erzählen konnten (vom dritten Jahre an), hatten sie prozentisch kaum mehr unverhüllte Erfüllungen als ich im sechsten Dezennium. Daß das Unbewußte überhaupt nur wünschen könne, muß ich ablehnen. Da man im Traume auch Belt fürchtungen sieht, so muß *Freud* diese als Wünsche, daß etwas nich- geschehen möge, auslegen. Das ist gezwungen und kommt nahezu einer Petitio principii gleich. Ähnlich ist es, wenn die Wünsche nur egoistisch sein sollen. In das, was nicht stimmt, muß man eine andere Bedeutung hineinlegen, wenn ich auch gerne zugebe, daß die egoistischen Regungen in dem einseitigeren Traumleben wo möglich noch mehr dominieren als im Wachen. Es steht auch in gewissem Widerspruch zu den Tatsachen die Behauptung, daß das kleine Kind amoralisch oder nur egoistisch sei. Das kleine Kind hat potentia die Moral der Erwachsenen, aber nicht ihr intellektuelles Verständnis, ihren intellek-

uellen Inhalt der Moral; man kann deshalb oft die moralische Idiotie schon in den ersten Jahren erkennen und moralische Regungen sicher schon im ersten Lebensjahr konstatieren.

Wir glauben also nicht, daß Traum und infantile Psyche in der Amoralität ein gemeinsames Kriterium haben. Wir sind auch nicht überzeugt, daß die infantilen Wünsche die Triebkraft für den Traum abgeben müssen, wenn wir auch anerkennen, daß man bei der Analyse des Traumes wie der Neurosen in der Regel auf solche Strebungen stößt.

Auch wenn wir auf eine Einreihung der von *Freud* gefundenen Tatsachen in unser allgemeines Wissen nicht verzichten wollen, bedürfen wir der von uns abgelehnten psychologischen Vorstellungen nicht. Es ist eine Beobachtungstatsache, daß sich im Traume unser Denken von der Realität und den Gesetzen der Logik frei machen kann. Wie ich an anderem Orte [1]) nachgewiesen habe, beherrscht unter solchen Umständen leicht die Affektivität nach ihren besonderen Gesetzen das Denken. Es ist also selbstverständlich, daß dann darin Wünsche und Befürchtungen ihren Ausdruck finden. Es ist ferner selbstverständlich, daß die aktuellen Ideen und Gefühle bei voller Freiheit des Assoziierens Ideen und Gefühle aus der Vergangenheit heraufziehen, und bei dem, was wir über die „Kreierung der Gefühle' durch die ersten Erlebnisse einer Art wissen [2]), kann es nicht anders sein, als daß diese assoziativ hervorgerufenen Strebungen aus der Kinderzeit eine nicht unwichtige Rolle spielen. Daß darunter das Sexuelle besonders hervortritt, kann nur denjenigen sonderbar vorkommen, die ihre Augen der Bedeutung des Sexuellen in unserem Leben verschließen wollen.

Daß in den Träumen unsere Strebungen so sehr dominieren, erklärt sich also ganz leicht, auch wenn man dem Traum selber kein Ziel gibt. Sobald man unabhängig von den gewöhnlichen Denkgesetzen assoziiert, haben die Affekte, d. h. die Strebungen, die Bahn frei und

---

[1]) Das autistische Denken, Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forschungen, Bd. IV.

[2]) Die Psychanalyse *Freuds*. Verteidigung und kritische Bemerkungen. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forschungen, Bd. II, S. 98.



müssen zum Ausdruck kommen. Ein indifferenter Traum ist deshalb nicht leicht möglich.

Wir haben auch nicht nötig, eine Traumzensur anzunehmen. Das, was verdrängt wird, ist das Unangenehme, Schmerzliche; was es verdrängt, das ist eben der daran geknüpfte negative Affekt; und dieser hindert das Auftreten des unangenehmen Gedankens im Traum gerade wie im Wachen, nur in stärkerem Maße, weil dort die anderen richtunggebenden Faktoren fehlen.

Es scheint mir auch einseitig, wenn *Freud* das Vergessen der Träume nur der Verdrängung zuschreiben will. Es ist ja selbstverständlich und auch experimentell nachgewiesen, daß man das Unangenehme gern „vergißt", aber beim Traum spielt doch noch etwas anderes mit, das ist die vollständig andere Art der Einstellung und des Assoziationsverlaufes. Wo wir eine solche haben, kann aus Gründen, die uns aus den Assoziationsgesetzen bekannt sind, eine Erinnerung nur schwer oder gar nicht stattfinden (Berauschung, die verschiedenen Formen von Dämmerzuständen, abnorme Affekte usw.).

Und nun die viel verspottete Symbolik Sie enthält nach unseren Erfahrungen in Traum und Psychose im wesentlichen Richtiges, wenn auch manche Deutungen gewiß zu unvorsichtig sind. Sie fällt auch gar nicht so sehr aus dem Rahmen dessen heraus, was wir sonst wissen. Sie ist inhaltlich identisch mit der Symbolik der Mythologie und in der Dementia praecox. Sie wird überall gebraucht; nur hier gehäuft und in einer bisher unbekannten Weise; deshalb fällt sie auf; und sie enthält mehr Sexuelles, als man sonst außer am Biertisch und in ähnlichen Lokalitäten zu sagen gewohnt ist; deswegen die Ablehnung. Sie ist nicht bloß deshalb richtig, weil man mit Hilfe der Kenntnis derselben einen Traum in seinen Einzelheiten mit den Erlebnissen und der Psyche des Träumenden in einen bestimmten Zusammenhang bringen kann, sondern vor allem deshalb, weil sie erlaubt, aus dem Traume Schlüsse zu ziehen, die sich nachträglich als richtig erweisen. Es fällt mir aber nicht ein, alles, was man nun gerade in ein Bild hineinlegen kann, als sicher zu glauben. Wer aber Übung hat, bekommt ein gewisses Flair, was die Dinge bedeuten, und wie weit er gehen darf. Die Deutung ist eben nur in ihren Prinzipien eine Wissenschaft, in ihrer Anwendung ist sie eine Kunst, wie noch vieles in der Medizin.



Auf die Einzelheiten der Technik der Traumauslegungen und alle ihre Chancen kann ich hier nicht eingehen. Maßgebend für die Richtigkeit des Prinzips ist eben die Möglichkeit, daraus auf Dinge zu schließen, die man nicht weiß, aber nachträglich kontrollieren kann. Andere „Beweise" der Richtigkeit sind mehr relativ. Wenn die Reihen von Einfällen im freien Assoziieren sich immer wieder an bestimmten Punkten schneiden, wenn daselbst bestimmte Affektzeichen auftauchen, wenn solche mehrfach determinierte Ideen sich leicht unter sich und mit dem Trauminhalt zu einem Ganzen zusammenfügen lassen, so ist die Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit einer solchen Deutung natürlich eine sehr große. Wichtig ist ferner der sonst schon bekannte Umstand, daß das Traumdenken von Person zu Person noch viel einförmiger ist als das bewußte Denken, so daß man gewisse Regeln bilden kann, die für gewöhnlich stimmen, aber allerdings nicht immer zu stimmen brauchen. Daß sie im einzelnen Falle zutreffen, muß jeweilen durch andere Zusammenhänge bewiesen werden, sonst hat man nur mehr oder weniger glückliche Vermutungen vor sich, die allerdings beim Geübten sehr häufig richtig sein mögen. Selbstverständlich kommt man oft am einzelnen Fall über Wahrscheinlichkeiten nicht hinaus. Diese können aber durch die Analogie mit anderen Fällen praktisch den Wert von Beweisen bekommen, etwa so, wie man vor *Eberth* und *Widal* den Typhus diagnostizieren konnte und sich trotz des Mangels absoluter Beweise selten täuschte. Aber man kann hier wie überall vorsichtig und unvorsichtig sein. Es ist mir also sicher, daß ein Regenschirm nicht nur in der Kneipe, sondern auch im Traum einen Penis bedeuten kann, und daß er es oft tut, aber er kann auch als bloßer Regenschirm erscheinen, und man kann manches deuten, das richtigerweise nicht zu deuten wäre. Ich hätte auch u. a. für manche Deutungen, in denen ich keine Erfahrung habe, noch etwas mehr Beweise gewünscht; z. B. hat für mich die Phantasie der Rückkehr in den Mutterleib bis auf weiteres noch eine zweifelhafte Existenz.

Noch viel zurückhaltender bin ich gegen die Ü b e r d e u t u n g e n. Es ist gewiß, daß ein einzelnes Bild meist oder wohl immer verschiedene Wurzeln hat; aus einer einzelnen Determinante läßt sich kein psychischer Vorgang ableiten. Aber es ist auch gewiß, daß die Einfälle bei der Analyse — und zwar diejenigen des Analysanden wie die des



Analysators — erst nachträglich an eine Vorstellung angeknüpft werden können, und daß die menschlichen Verhältnisse niemals erlauben, eine Analyse so vollständig zu machen, daß alles bewiesen werden könnte, was man vermutet; man muß einmal aufhören und sich mit vielen Wahrscheinlichkeiten und Möglichkeiten begnügen. Es ist aber prinzipiell ganz gleichgültig, ob in einem konkreten Fall von einem halben Dutzend Überdeutungen alle oder nur eine beweisbar oder gar zutreffend seien. Leider fehlt uns noch ein Maßstab, um abzuwägen, was der Zufall und eine gute Kombinationsgabe alles vorspiegeln kann, ein Maßstab, der nur dadurch gewonnen werden kann, daß man ohne Zutun der Phantasie konstruierte traumartige Gebilde analysieren läßt. Ich nehme aber ruhig an, daß ein ziemlicher Teil von Überdeutungen, wie sie sich bei *Freud* und *Stekel* finden, nicht im Traume selbst sind. Nur muß ich hinzufügen, daß eben eine gedruckte Analyse lange nicht alle Motive enthalten kann, die zu einer bestimmten Deutung zwingen; es ist also gewiß viel mehr davon richtig, als der Unerfahrene zunächst meinen möchte.

Die Analyse kann also meines Erachtens auch Komplexe herausbringen, die zwar im Analysanden stecken, aber nicht im Traum enthalten waren. Der Analysator kann sogar, wenn er oberflächlich und ungeschickt verfährt, seine eigenen Komplexe hineindeuten.

Zum Schluß dieses Kapitels muß ich noch bemerken, daß wir gar keine Anhaltpunkte zu der Annahme haben, die Traumpsychologie sei uns nun vollständig bekannt. Von der eigentlichen Natur des Traumes wissen wir gar nichts, und seine Mechanik und seine Gedanken mögen noch beliebig vieles enthalten, von dem wir zurzeit noch nichts wissen.

Von der Traumlehre bleibt uns also folgendes: Die Erkenntnis, daß es dem Bewußtsein unbekannte, unterdrückte Strebungen in uns gibt, daß das Traumdenken dirigiert wird von Mechanismen, die auch sonst unser Seelenleben beherrschen, daß es in versteckter Form alle unsere latenten und manifesten Strebungen enthalten kann, seien dieselben wichtig oder nicht, und daß man diese Strebungen und Befürchtungen aus dem Traum wiedererkennen kann. Die Symbolik des Traumes im *Freud*schen Sinne existiert, und sie ist nicht etwas Neues und Eigenartiges, sondern sie ist von der Symbolik der Mythologie, des Märchens, ja der Poesie nur graduell verschieden.

Dabei ist es zunächst gleichgültig, ob an den vorliegenden Traumdeutungen etwas mehr oder weniger richtig sei. Als Nebengewinne bleiben uns ferner die Ideen der Verschiebung, der Verdichtung und der Überdeterminierung, die ebenfalls für die Pathologie eine große Wichtigkeit besitzen.

Mythologie, Sagenbildung, Dichtung.

Von großer Tragweite ist die Anwendung der psychanalytischen Erkenntnisse auf die Mythologie. Die einschlägigen Studien von *Abraham* [1]) und *Jung* [2]) halte ich für sehr wichtig, und es scheint mir dabei ganz gleichgültig, ob etwas mehr oder weniger von ihren Ansichten ferneren Erkenntnissen standhalten wird, und auch, ob mehr oder weniger Einzelheiten in *Jungs* Ausführungen oder gar sein Libidobegriff falsch seien. Übrigens decken sich *Abrahams* psychanalytisch gewonnene Auffassungen in den wichtigsten Punkten mit denen *Steinthals*, der von ganz anderen Voraussetzungen ausgegangen war. Wir finden in unserem Unbewußten, in Träumen und in der Pathologie der Dementia praecox genau die gleichen Ideen und Ideenwandlungen wie in der Mythologie. Daß der Vaterkomplex irgendwie in den Begriff des allmächtigen Gottes eingehen muß, ist selbstverständlich. Daß dem Sexuellen ein sehr großer Einfluß eingeräumt wird, hat die Mythologie mit den übrigen Formen autistischen Denkens gemein; man hat sich mit keiner der Naturkräfte so stark beschäftigt wie mit der Zeugungskraft. Neben dieser Erkenntnis bestehen aber die banalen Deutungen mit Mondphasen und Jahreszeiten natürlich doch noch zu Recht. Einseitig sexuelle Erklärungen sind natürlich ebenso falsch wie ausschließliche Deutungen als Symbole von Naturerscheinungen. Die Verschiebungen und Verdichtungen und alle anderen Formen des autistischen Denkens finden wir in der Mythologie wieder tätig. Daß man sich z. B. selbst erschaffen kann, und ähnliche Ideen gehören der Mythologie wie der Dementia praecox an.

Wenn in der Schizophrenie Symbolbildungen zum Vorschein kommen, die mit mythologischen geradezu identisch sind, so sprechen

[1]) *Abraham*, Traum und Mythus. Eine Studie zur Völkerpsychologie. 4. Heft der Schriften zur angewandten Seelenkunde. Wien 1909, Deuticke.

[2]) *Jung*, Wandlungen und Symbole der Libido.



einzelne von archaischem Denken. Ich halte die Auffassung für nicht ganz richtig; ich glaube nicht, daß unser Denken als solches sich so sehr von dem der historischen Kulturvölker unterscheidet, das übrigens in der Beziehung, worauf es hier ankommt, wieder dem der Wilden gleich ist. Aber es ist selbstverständlich, daß das autistische Denken von jedem Fortschritt unseres Wissens zurückgedrängt wird. Wer nur ganz wenig von Astronomie kennt, kann sich, so lange er normal denkt, keine Sonne mehr vorstellen, die auf einem Wagen fährt oder einen Schwanz hat, und die Belebung der organischen Welt durch die Sonnenstrahlen muß ihm als von der Zeugung prinzipiell verschieden vorkommen. In der Schizophrenie aber, wo die Unterschiede zwischen Phantasie und Wirklichkeit verwischt werden, fällt der hemmende Einfluß des realen Wissens weg.

Die gleichen Prinzipien lassen sich auch auf das Märchen anwenden, das ja zum großen Teil eine weibliche Präparation der Mythologie für die Kleinen ist. Bis jetzt befinden sich aber diese Studien in Anfängen. Sie bedürfen noch vieler Kritik und ausgedehnten Sammelns. Es ist aber bezeichnend, daß *von der Leyen*, der über *Freud* und namentlich *Riklin* nicht viel Gutes zu sagen weiß, doch eine sehr wertvolle Parallele zwischen Traum und Märchen geschrieben hat [1]).

Die Arbeit *Ranks* „Über die Geburt des Helden" [2]) halte ich für eine sehr verdienstliche, und sie wäre ohne *Freud* nicht möglich gewesen. Allerdings glaube ich, daß auch noch andere Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden sollten, und es fällt mir nicht ein, alle Einzeldeutungen *Ranks* als erwiesen anzusehen. Daß das Wasser dabei zu den ziemlich stabilen Requisiten gehört, ist sehr merkwürdig; ob es aber die Bedeutung des Fruchtwassers hat, muß ich dahingestellt sein lassen; ich möchte es gerne ablehnen, wenn ich nur eine Ahnung von einer geeigneteren Vorstellung haben könnte.

Man darf auch nicht zweifeln, daß die von *Freud* entdeckten Gesichtspunkte eine notwendige Voraussetzung für das Verständnis der gesamten Religionspsychologie bilden. *Freud* hat bereits auf die Ähnlichkeit religiösen Zeremoniells mit dem Zwangs-

[1]) *F. v. der Leyen*, Das Märchen. Leipzig 1911, Quelle u. Meyer.

[2]) *Rank*, Der Mythus von der Geburt des Helden. Versuch einer psychologischen Mythendeutung. 5. Heft der Schriften zur angewandten Seelenkunde. Leipzig u. Wien 1909, Deuticke.



zeremoniell hingewiesen und einen Versuch gemacht, die Tabugebräuche zu erklären. Gewiß stehen wir hier noch sehr im Anfang unserer Erkenntnis, und für mich ist es ganz selbstverständlich, daß sich solche Sachen niemals von einem einzigen Gesichtspunkt aus restlos erklären lassen; es handelt sich um ein Zusammenwirken vieler psychischer Bedürfnisse. Aber ohne die Kenntnis der *Freud*schen Mechanismen und der Gesetze des autistischen Denkens werden wir vielleicht gerade den wichtigsten Teil der Religionspsychologie unerklärt lassen.

Die nämlichen Mechanismen wie bei der Mythenbildung sind auch in der Dichtung tätig[1]). Ein volles Verständnis der Dichter und ihrer Werke ist nur möglich, wenn man auch diese Zusammenhänge studiert. Dabei ist es gleichgültig, ob *Jones* den Beweis wirklich geleistet habe, daß der Ödipuskomplex der eigentliche Mittelpunkt des Hamlet sei oder nicht. Aber es ist lächerlich, diese Hypothese als besonders lächerlich hinzustellen, solange die dümmsten anderen Auffassungen in allem Ernst diskutiert werden. Meiner Meinung nach hat *Jones* den Beweis nicht geliefert; er ist nicht über die Begründung der Hypothese hinausgekommen; aber das ist doch auch schon etwas, besonders, wenn diese Hypothese bis jetzt die einzige geblieben ist, die ernstlich diskutiert werden kann. Einen großen Teil der schon in *Freud*schem Sinne publizierten Pathographien halte ich für sehr, sehr unreif, aber als tastende Versuche in einem neuen Gebiet scheinen sie mir dennoch nicht wertlos.

Die Pathologie.

Freud war bei seinen Studien von den Neurosen ausgegangen. Er unterschied zwei Gruppen: die Aktualneurosen entstehen durch aktuelle und im wesentlichen körperliche Schädigungen, die von der Sexualität ausgehen. Die Psychoneurosen sind bedingt durch sexuelle Erlebnisse der Vergangenheit, namentlich

[1]) *Freud*, Der Wahn und die Träume in *W. Jensens* „Gradiva". Erstes Heft der Schriften zur angewandten Seelenkunde. Wien u. Leipzig 1907, Heller. — *Bleuler*, *Freud*sche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. Psychiatrisch-neurologische Wochenschr. 1906, Nr. 35/36. — *Bleuler*, Das autistische Denken, Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forschungen. Bd. IV.



der Kindheit, die nicht abreagiert werden konnten, deshalb verdrängt worden sind und nun an neue Konflikte assoziiert werden und ihnen die krankmachende Energie verleihen.

Die Aktualneurosen.

Die Neurasthenie. Von den Sexualorganen strömen der Psyche beständig Erregungen zu, die von ihr „bewältigt", „verarbeitet" „abgeführt" werden, oder von denen die Psyche „entlastet" werden muß (eine Vorstellung kann ich mir nur zu dem Ausdruck der Abfuhr und dem wohl gleichwertigen der Entlastung machen). Wird nun die Erregung auf inadäquatem Wege (exzessive Onanie, gehäufte Pollutionen, Mangel an psychischer Liebe usw.) abgeführt, so entsteht die Neurasthenie, die bei *Freud* ein viel engerer und bestimmterer Begriff ist als sonst. Kopfdruck, Spinalirritation, Dyspepsie mit Flatulenz und Obstipation, Parästhesien, verminderte Potenz, vorherrschende gemütliche Depression bilden das Syndrom.

Angstneurose. Wird aber „die psychische Verarbeitung der somatischen Sexualerregung" verhindert (Coitus interruptus, frustrane Reizung, erzwungene Abstinenz usw.), so entsteht die Angstneurose: die Libido verwandelt sich in Angst; diese kann sich als krankhafte Befürchtung an irgendwelche Vorstellungen oder Erlebnisse knüpfen, oder sie bildet gewisse Phobien oder häuft sich (ohne äußeren Anstoß) in Angstanfällen, die sich verschleiern können in verschiedenen anderen Symptomen, so als Bulimie, Diarrhöe, Schwindel, Schweißausbrüche usw.

Freud nimmt außerdem an, daß körperliche Ursachen, namentlich Erschöpfung, Angstneurosen hervorbringen können, und zwar dadurch, daß die geschwächte Psyche insuffizient werde zur Bewältigung der somatischen Sexualerregung. Es ist dann keine sexuelle Ursache vorhanden, aber ein „sexueller Mechanismus".

Freud hat sich seit Jahren nicht mehr mit den Aktualneurosen beschäftigt. Ich weiß also nicht, ob er seine Theorie jetzt modifizieren würde, aber ich vermute es. Daß die psychopathologische Angst etwas mit der Sexualität zu tun hat, ist sicher; daß die Neurasthenie ähnliche Zusammenhänge haben kann, ist auch von anderen schon längst angenommen worden. Ob die ganze Theorie richtig ist, kann

ich so wenig entscheiden wie andere; ich möchte es bezweifeln; aber das muß ich betonen, daß beim jetzigen Stand unseres Wissens die übrigen Auffassungen alle noch weniger Wahrscheinlichkeit haben.

Angsthysterie.

Die Angst kann auch entstehen durch innere Konflikte. Sie ist dann psychisch ableitbar. Die resultierenden Bilder der Angsthysterien sind verschieden; meistens präsentieren sie sich als Phobien: die Libido oder ein Teil derselben, z. B. die homosexuelle Richtung wird aus ethischen Gründen verdrängt und so in Angst verwandelt. „Ein Teil der unbefriedigten Libido besetzt unbewußte Komplexe (d. h. sie belebt alte verdrängte Strebungen) und durch deren Verdrängung entsteht die neurotische Angst“[1]). „Wie die Psyche normalerweise auf eine Bedrohung von außen mit Angst reagiert, so könnte man sagen, es wehre sich bei der neurotischen Angst das Ich gegen einen inneren Feind“. Da die Angst nicht in Libido zurückverwandelt werden kann, wird sie durch bestimmte Verbote vermieden, und so entstehen Phobien.

Die Hysterie.

Somatische Störungen des Sexualstoffwechsels bilden die Grundlage, auf der krankhafte psychische Mechanismen die hysterischen Syndrome hervorbringen. Bei den letzteren handelt es sich immer um einen tiefen Gegensatz zwischen den Trieben, welche der Sexualität dienen, und denjenigen, welche die Selbsterhaltung des Individuums zum Ziele haben, den Ichtrieben. Das Ich fühlt sich durch die Ansprüche übermächtiger Sexualtriebe bedroht und erwehrt sich ihrer durch Verdrängung. Es wird also eine mit der Moral unverträgliche Vorstellung — sagen wir die Liebe zum Gatten der Schwester — verdrängt. Im Unbewußten finden sich Strebungen aus der Kinderzeit, die ähnliche Richtungen hatten, und deren Affektbetrag sich zum Affektbetrag der verdrängten rezenten Strebung summiert. Der so entstandene Energiebetrag löst sich nun von der unerträglichen Vor-

[1]) *Hitschmann*, *Freud*s Neurosenlehre. Nach ihrem gegenwärtigen Stande zusammenfassend dargestellt. S. 93. Leipzig u. Wien 1911, Deuticke.



stellung ab und bildet ein körperliches Hysteriesymptom (Krampf, Lähmung, Schmerz usw.). Daß im speziellen Falle gerade dieses oder jenes Körperorgan, diese oder jene Funktion zur Darstellung des Konfliktes verwendet wird, hat seinen Grund in einem „körperlichen Entgegenkommen"; das betreffende Organ ist sonst schon in einem Reizzustand, und vor allem ist es zu einer erogenen Zone geworden. Bei hysterischer Blindheit z. B. leidet der Gesichtssinn nicht nur an irgendeiner Insuffizienz, sondern das Auge wird zum sexuellen Schauen in Anspruch genommen. Deshalb wird seine ganze Funktion verdrängt. Die letzte Auffassung wird verständlicher, wenn man sich folgende Ideen *Freud*s klar macht: Ein Organ kann dem sexuellen und dem Ichtriebe dienen. Wird es nun vom sexuellen Trieb besonders stark in Anspruch genommen, so wird es anders innerviert als in der Norm, die Ichfunktion leidet, ja, es kann toxische Produkte bilden, die es schädigen. Diese beiden Arten von Schädigungen bezeichnet *Freud* mit dem Ausdruck „neurotisch". Nach ihm gibt es kaum etwas Psychogenes ohne Neurotisches, wohl aber Neurotisches ohne psychogene Folgeerscheinungen.

Dies ist das Gerippe des hysterischen Mechanismus. Um aber eine Hysterie hervorzubringen, bedarf es gewöhnlich noch der Mitwirkung anderer Faktoren. Unter den Phantasien der Pubertätsjahre ist eine bestimmte Gruppe verdrängt worden, weil sie einer auterotischen oder sonst perversen Betätigung der Kindheit entsprach. Vor allem ist ausnahmlos eine sexuelle Betätigung homosexuellen Charakters im Vordergrund. Diese sexuelle Strebung drückt sich in den hysterischen Symptomen wieder aus. Auch eine beliebige Anzahl anderer Komplexe können die Entstehung des Symptoms oder des Syndroms begünstigen und in ihrem Sinne färben. Vor allem aber bringt die Unzufriedenheit mit der Wirklichkeit bzw. der Trieb, in die Krankheit zu flüchten, einen mächtigen Kraftbeitrag zur Erzeugung des hysterischen Symptoms mit sich. Diese Unzufriedenheit mit der Wirklichkeit ist nach *Freud* natürlich zunächst eine sexuelle, aber eine Menge anderer Triebfedern (Furcht vor dem Kampf ums Leben, Neid usw.) können mitspielen.

Die Darstellung der Strebungen wird nun auch in der Hysterie durch allerlei Verdichtungen, Verschiebungen, Umkehrungen der Reihenfolge usw. maskiert. Immerhin ist der hysterische Anfall oft

noch recht deutlich die Wiederholung einer sexuellen Phantasie oder eines sexuellen Erlebnisses.

Da einen wesentlichen Bestandteil der hysterischen Anlage der verdrängte infantile Sexualkomplex bildet, ist die Reaktion auf sexuelle Reize mit Unlustgefühlen für die hysterische Anlage charakteristisch.

Früher hatte *Freud* versucht, die Krankheit in Hypnoid-, Abwehr-, Retentions-Hysterie einzuteilen. Es scheint, daß er diese Unterscheidung aufgegeben habe, wenn er auch die entsprechenden Mechanismen immer noch kennt. Eine echte Hypnoid-Hysterie will er nie gesehen haben (zur Psychotherapie der Hysterie; der Begriff der „Abwehr" wird später durch den Ausdruck „Verdrängung" bezeichnet).

Gegen diese Auffassung der Hysterie sind viele Einwendungen zu machen:

Der Gegensatz zwischen Sexual- und Ich-Trieben ist, wie schon angeführt, keine nötige und auch nicht einmal eine besonders wahrscheinliche Annahme. Die Alleinherrschaft der Sexualität und speziell der kindlichen Sexualität und der Perversion bedarf noch ganz besonderer Beweise.

Daß die Strebungen aus der Kinderzeit wesentliche Triebkraft zur Entstehung der Hysterie bilden, ist noch nicht nachgewiesen. Ich möchte also nicht sagen, die Hysterischen leiden an Reminiszenzen; aber wir wissen, daß frühere Affekte in Qualität und Quantität mitbestimmend einwirken auf spätere psychische Gebilde; eine Mitwirkung infantiler Erlebnisse ist also in vielen Fällen zu erwarten. Ich könnte mich höchstens mit dem Ausspruch *Freud*s einverstanden erklären: „Die Erlebnisse der Kindheit geben die Erklärung für die Empfindlichkeit gegen spätere Traumen"[1]). Mir scheint aber doch der gegenwärtige Konflikt der wichtigste; wird dieser beseitigt, so ist auch die Hysterie, bzw. das manifeste Krankheitssyndrom beseitigt, der infantile Komplex unschädlich gemacht. Es wäre also von nicht

---

[1]) *Freud*, Über Psychoanalyse, S. 44. Leipzig u. Wien 1910, Deuticke. — Zu einer ähnlichen Auffassung wie ich kommt *Mittenzway* (Zeitschr. f. Pathopsychol. I, 1912, S. 393), der die Affektwirkungen späterer Erlebnisse als ein Wiederfinden einer früher geschaffenen Bahnung erklärt.



geringer praktischer Tragweite, die Frage sicher zu entscheiden. — Die Anlage ist wieder etwas anderes.

Die Auffassung, daß der Affektbetrag verdrängter Wünsche das Symptom hervorbringe, ist möglicherweise zu modifizieren, jedenfalls zu präzisieren. Die von *Freud* angeführte Ableitung des Affektbetrages in künstlerische Schöpfung schützt zum Beispiel gar nicht vor Neurose (*Freud*, Über Psychoanalyse S. 56).

Daß das körperliche Entgegenkommen auch darauf beruhe, daß das Organ, welches die Krankheitserscheinungen trägt, zur erogenen Zone geworden sei, ist nicht erwiesen und scheint mir eine in der Pathologie unnötige Annahme.

Es bedarf immer noch des Beweises, daß die hysterische Anlage sich in einer unlustbetonten Reaktion auf sexuelle Reize ausdrücke. Wird der Beweis geleistet, so muß die Auffassung wohl stark modifiziert werden, denn Hysterische können ja psychisch und physisch auch sexuelle Erlebnisse mit Wollust betonen. Auch wenn Frigidität vorhanden ist, braucht sie nicht eine allgemeine zu sein. Wollust kann gegenüber der einzelnen Manipulation oder Situation oder Person doch voll vorhanden sein.

Von der *Freud*schen Auffassung bleibt:

Die Hysterie ist nicht eine Krankheit, die unabhängig von den Strebungen des Patienten auftritt, wie ein Krebs oder eine Paralyse. Es sind Strebungen im Kranken selbst, die sie hervorbringen. Unter diesen ist wichtig, daß die Krankheit einen Konflikt löst oder umgeht (Flucht in die Krankheit), oder daß sie den in der Realität unerfüllbaren Wunsch als erfüllt darstellt. Den letzteren Mechanismus erschließe ich aus der Analogie mit der Schizophrenie und den *Freud*schen Krankengeschichten. Jedenfalls spielt er eine Rolle in der Ausbildung der Symptome, auch dann, wenn die eigentliche Triebfeder die Flucht in die Krankheit ist.

Die krankmachenden Strebungen brauchen nicht bewußt zu sein, ja sie sind meistens ganz oder teilweise aus dem Bewußtsein verdrängt.

Die krankmachenden Konflikte sind wohl nicht ausschließlich, aber am häufigsten sexuelle.

Die Ursprünge der Symptome werden gerne durch Verdichtung, Verschiebung, Umkehrung und andere Entstellungen verschleiert.

Außerdem kann der Zustand bestimmter Körperorgane die Lokalisation der Symptome mitbestimmen.

Daß in der Regel mehrere oder viele Ursachen sowohl am Zustandekommen der Krankheit wie an der Ausprägung der Symptome mitwirken, ist selbstverständlich (Überdeterminierung). Ebenso selbstverständlich ist aber, daß nicht jede mögliche Erklärung auch den wirklichen Tatsachen entspricht. Ob eine bestimmte Möglichkeit wirklich mit im Spiele war, wird im konkreten Falle oft nicht zu entscheiden sein.

Zwangsneurose.

Bei der Zwangsneurose handelt es sich um Vorwürfe, die der Kranke sich wegen einer aktiven — in der Periode der infantilen Amoralität [1]) begangenen — Sexualhandlung macht, deren Affekt sich in Form von Befürchtungen (Strafe) und Sühnebedürfnissen an andere Gedanken knüpft. Da somit die primäre Abwehr mißlungen ist, schafft sich der Kranke als sekundäre Abwehr Schutzmaßregeln, die dann die Form von Zwangshandlungen annehmen: Ablenkung durch Grübeln und andere abstrakte übersinnliche [2]) Dinge; oder Versuch, der Zwangsidee durch Berufung auf seine bewußten Erinnerungen und seine logische Arbeit Herr zu werden (Prüfungszwang, Zweifelsucht); oder Maßregeln der Buße (Zeremoniell), Vorbeugung (Phobien, Aberglaube, krankhafte Gewissenhaftigkeit, Furcht vor Verrat (Papiersammeln, Menschenscheu), Verlangen nach Betäubung (Dipsomanie).

An einem bestimmten Fall hat *Freud* diese Idee noch spezieller ausgeführt und mit einer großen Menge psychologischer Einzelbeobachtungen und Einzelerklärungen versehen, die möglich, zum Teil gewiß auch richtig sind, aber noch an vielen anderen Beispielen zu prüfen wären.

Im übrigen habe ich über die Zwangsneurosen zu wenig eigene Erfahrung, um mich so bestimmt auszudrücken, wie ich es gern täte.

Folgendes wird aber ungefähr dem jetzigen Stand des Wissens entsprechen:

---

[1]) Vgl. oben S. 690.

[2]) Nach *Freud*, weil die verdrängten Vorstellungen sich mit der Sinnlichkeit beschäftigen (?).



Sexuelle Selbstvorwürfe spielen eine hervorragende Rolle bei der Zwangsneurose (ob eine ausschließliche, weiß ich nicht). Dazu gehört wohl eine Anlage zu Übergewissenhaftigkeit. Daß Waschzwang, Furcht vor Bakterien, phobieartige Furcht vor Giften (nicht Vergiftungswahn) und vor Nadeln auf sexuelle Vorstellungen zurückgehen können, ist sicher. Bei der Schizophrenie sind solche Mechanismen etwas Häufiges. Es ist kein Grund, anzunehmen, daß es bei Neurotikern anders sei.

Etwas Wahres ist gewiß auch in dem Ausspruch, daß bei Zwangsneurotikern Gedanken Taten vertreten müssen. Nur wird dies auch außerhalb dieser Krankheit vorkommen. Viele Neurotiker überhaupt denken, um nicht handeln, nicht entscheiden zu müssen. Unrichtig scheint mir ferner die Auffassung, daß das Denken im allgemeinen nur da auftrete, wo das Handeln gehindert sei. Denken ist doch auch beim Energischen und nicht Autistischen die Vorbedingung des richtigen Handelns, sobald komplizierte Umstände vorliegen.

Eine andere brauchbare Theorie der Zwangsneurose gibt es bis jetzt nicht. Die *Freud*sche ist möglich, in den wichtigsten Teilen sogar wahrscheinlich.

Gegen *Freuds* Einteilung der Neurosen lassen sich soviele Einwände machen wie gegen jede andere. Es gibt so viele „Mischformen" und „Übergänge", daß man auch mit den *Freud*schen Begriffen nicht immer zu klaren Diagnosen kommt. Wahrscheinlich aber haben die gezeichneten Bilder als genetisch zusammenhängende Symptomengruppen eine Bedeutung.

Inwiefern die Erlebnisse und inwiefern die individuelle Reaktionsweise die „Neurosenwahl" bestimmen, wird die Zukunft zu studieren haben.

Schizophrenie.

Nach *Freuds* Auffassung entsteht die Schizophrenie dadurch, daß die Libido die Ergreifung des Objektes in der Pubertät nicht durchführen kann. Daher der Mangel an Objekt-



liebe[1]), oder umgekehrt ausgedrückt, der Auterotismus (der einigermaßen dem Autismus unserer Auffassung entspricht oder vielleicht diesen ersetzt).

Von einer anderen Seite aus gesehen, wird der Krankheitsanfall der Schizophrenie auch bezeichnet als „Einbruch des Unbewußten in das Bewußte". Diese Auffassung enthält für viele Fälle etwas Richtiges. Verdrängte Komplexe, Liebe zu einem unerreichbaren Geliebten, zum Vater, erscheinen in den Halluzinationen und Wahnideen und verdrängen nun ihrerseits die Wirklichkeit. Der Fehler der Auffassung liegt darin, daß die Komplexe, die die Delirien bestimmen, gar nicht verdrängt zu sein brauchen. Sie können im Bewußtsein geblieben sein und doch die schizophrenen Delirien beherrschen.

Über die „Paranoia" haben *Freud* [2]) und *Ferenczi* [3]) weitergehende Theorien aufgestellt. Die Libido hat sich nicht über das Stadium des Narzißmus hinaus recht entwickeln können. Sobald nun Schwierigkeiten kommen, zieht sie sich bis zu diesem zurück. Die Elternkomplexe spielen eine sehr große Rolle. Vor allem aber ist es die homosexuelle Komponente, welche einen Konflikt schafft; das Bestreben, sich mit dieser abzufinden, wird auf verschiedene Weise, aber der Natur der Sache nach immer unglücklich [4]), gelöst, und so entstehen je nach Anlage und Umständen Verfolgungswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn usw. Für die Details dieser etwas komplizierten Vorstellungen muß ich auf die Originalarbeiten hinweisen.

Die Fälle von sogenannter Paranoia, auf die sich diese Theorie stützt, sind nach unserer Auffassung Schizophrenien mit vorwiegend paranoiden Symptomen. Wir sehen denn auch gerade in den Dingen, auf die es hier ankommt, keinen Unterschied zwischen denselben und den übrigen Formen der Dementia praecox.

[1]) *Abraham*, Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907.

[2]) *Freud*, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia, Jahrb. f. Psychoanalyse, Bd. II. Wien 1910, Deuticke.

[3]) *Ferenczi*, Über die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia. Jahrb. f. Psychoanalyse, Bd. III. Wien 1912, Deuticke.

[4]) Kann der Konflikt glücklich gelöst werden, so ist er eben aus der Welt geschafft, und es entsteht keine Psychose.

Ich kann die Grundanschauungen *Freuds* nicht teilen [1]). Daß der Schizophrene das Objekt der Libido in der Außenwelt verfehlt oder auf falschem Wege sucht, kann ich allerdings bestätigen. Aber der Autismus zeigt sich in einer Mehrzahl der Fälle schon im Kindesalter, vor der manifesten Erkrankung, als Hang zum Alleinsein und zu unfruchtbaren Träumen, und es handelt sich dabei nicht um eine Selbstliebe, um den Auterotismus im eigentlichen Sinne, sondern um Liebe zum selbstgeschaffenen Phantasiegebilde, das als Realität behandelt und geradezu in die Außenwelt projiziert wird. Da ich ferner an die *Freud*schen Entwicklungsetappen des Geschlechtstriebes nicht glaube, kann ich die Fixierung der Libido an dieselben und die Regression auf die fixierte Stelle (den Narzißmus) nicht annehmen. Die ganze Entwicklung der Krankheitssymptome aus den sexuellen Schwierigkeiten erscheint mir nicht bewiesen und geradezu unwahrscheinlich. Ich kann auch die prinzipielle Unterscheidung zwischen paranoiden und den andern Formen der Schizophrenie in der jetzigen Form nicht mitmachen.

Vor allem aber kann ich mich nicht befreunden mit der Auffassung der funktionellen Entstehung der Schizophrenie. Aus Gründen, die ich anderswo [2]) auseinandergesetzt habe, halte ich die Schizophrenie mit den meisten anderen für eine durch anatomische oder chemische Anomalie bedingte Krankheit [3]). Die Gehirnvergiftung oder Gehirnveränderung setzt die uns noch nicht gut bekannte psychische Grundstörung, die Disposition, auf der dann die *Freud*schen und andere Mechanismen einen noch genauer zu bestimmenden Teil der Symptome determinieren. Die Krankheit ist also meiner Ansicht nach nicht psychogen, aber ein großer Teil ihrer Symptome ist es, und von diesen entstehen manche auf den von *Freud* und *Jung* nachgewiesenen Bahnen. Was ich in dieser Beziehung in meiner Dementia praecox

[1]) *Bleuler*, Besprechung von: *Freud*, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Zentralbl. f. Psychoanalyse, II. Jahrg., S. 343. Wiesbaden 1912, Bergmann.

[2]) *Bleuler*, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie. Wien 1911, Deuticke.

[3]) Die Befunde *Alzheimers* bilden deshalb eine Bestätigung meiner Ansichten und nicht einen Gegensatz dazu.



aufgeführt habe, muß ich auch jetzt noch festhalten. Es ist indessen möglich, daß die homosexuelle Komponente eine etwas größere Rolle spielt, als ich bis jetzt weiß, und daß die Elternkomplexe etwas stärker mitbestimmend sind, als ich dort angedeutet habe; aber mehr möchte ich *Freud* zurzeit nicht zugestehen; und da die weiteren, allerdings aus äußeren Gründen etwas beschränkten Erfahrungen nicht stärker in dieser Richtung gewiesen haben, halte ich es jetzt für sehr wahrscheinlich, daß die Zukunft bei der Schizophrenie keine neuen Annäherungen an die psychanalytischen Hypothesen bringen wird.

Es mag für die Kritik gut sein, festzustellen, daß man an meiner Theorie viel zu viel als *Freud*sch angesehen hat. Vieles, das mit der Psychanalyse zusammengeworfen wurde, geht aus meiner von *Freud* verschiedenen Anschauung der Affektivität und aus anderen Voraussetzungen hervor; daß sich beide ursprünglich ganz verschiedenen Anschauungen an so vielen Stellen in concreto treffen, ist kein schlechtes Zeichen für unsere Einzelauffassungen. Hierher gehört zum Teil auch der Begriff der Verdrängung ins Unbewußte, der mir aber ohne *Freud* nicht so klar geworden wäre, wenn ich ihn auch in nuce schon längst gebildet hatte.

Von der *Freud*schen Schizophrenielehre bleibt also:

Die Erklärung des Wahninhaltes, in welcher Symbolik, Verdrängung, Verschiebung, Verdichtung, Identifikation eine große Rolle spielen.

Ein Teil der Affektstörung beruht auf „Einklemmung" und ähnlichen *Freud*schen Mechanismen. Man kommt indes ganz zur gleichen Auffassung wenn man von meiner Affekttheorie ausgeht, ohne die allgemeinen Anschauungen *Freuds* anzunehmen; doch möchte ich auch hier ausdrücklich betonen, daß mir die Theorie der schizophrenen Affektivität noch lange nicht abgeschlossen erscheint.

Das Manifestwerden und die Besserung der Krankheit ist sehr oft durch psychische Ursachen bedingt, die erst durch *Freud* ins rechte Licht gesetzt worden sind.

Die Analogie der schizophrenen Wirklichkeitstäuschungen mit dem Traum ist eine sehr weitgehende, wenn auch das Vorwiegen der

Gesichtshalluzinationen im Traume und der Gehörs- und Körperhalluzinationen in der Dementia praecox einen gewiß wichtigen, aber noch nicht aufgeklärten Unterschied bilden. Sogar die Einzelheiten der Traumlogik und der schizophrenen Logik decken sich auffallend. Eine Schizophrene, die ihren Knaben töten wollte, stellte als Gründe die Widersprüche neben einander: Es sei nicht ihr Knabe, und: sie wolle das Liebste Gott opfern. So etwas könnte von einem Gesunden geträumt werden.

Es ist ferner sicher, daß die sexuellen Komplexe bei den meisten Schizophrenen die wesentliche Determinierung der Symptome liefern, bei den anderen mitwirken, und daß die homosexuelle Komponente verblüffend häufig nachweisbar und mitbedingend ist. Wie groß ihr Einfluß sei, ist noch nicht zu bestimmen.

Bei den anderen Psychosen, z. B. den organischen, spielen *Freud*sche Mechanismen etwa mit, bleiben aber ganz nebensächlich. Es ist z. B. möglich, daß Anfälle des manisch-depressiven Irreseins oder Verstimmungen, die mit diesem symptomatologisch identisch scheinen, auch etwa auf *Freud*schem Wege entstehen und heilen können, so gut wie in einem bestimmten Prozentsatz die längst bekannten psychischen Einflüsse das Auftreten und (seltener) Verschwinden des Krankheitssyndroms bedingen können.

Psychopathologie im allgemeinen.

Fassen wir die ganze Psychopathologie *Freud*s zusammen, so sind folgende allgemeine Momente herauszuheben:

Die Bedeutung der Sexualität. Sie ist vor *Freud* sehr stark unterschätzt worden. Wir finden bei vielen Psychosen Sexualkomplexe als die wesentlichen Determinanten der Syndrome. Bei den Neurosen mag es ähnlich sein, und außerdem mögen sexuelle Konflikte hier das bedingen, was wir die Krankheit nennen.

Ich bin aber noch nicht überzeugt, daß eine besondere sexuelle Konstitution die Neurosen hervorbringe, daß der sexuelle Energieanteil an den krankmachenden Kräften die einzig konstante und die wichtigste Energiequelle der Neurose ist — ich glaube, daß z. B. Zwangsvorgänge auch auf nicht sexueller Basis möglich seien — und ich halte es für unrichtig, bei Psychosen wie der Dementia praecox



alles aus der Sexualität ableiten zu wollen. Es fehlt mir eben jeder Anhaltpunkt, die anderen Momente auszuschließen. Wenn die Schizophrenen so häufig den Weltuntergang erleben, so braucht das nicht einer Ablösung der Libido von der Außenwelt zu entsprechen. Es kann ein Weltuntergang ebensogut z. B. dadurch vorgetäuscht werden, daß Wahrnehmungen und Vorstellungen auf einmal unklar und überhaupt anders werden [1]). Wenn mir in der letzten mir bewußt gebliebenen Phase einer Äthernarkose die Ursache der Veränderung nicht klar geblieben wäre, so hätte ich zu einer allgemeinen Vorstellung kommen müssen, die sich mit der des Weltunterganges ungefähr gedeckt hätte. — Die schizophrenen Wahnideen möchte ich einfacher und ziemlich lückenlos erklären aus den bekannten Mechanismen der Affektivität und des autistischen Denkens und aus einer zum geringeren Teil beobachteten, zum andern wie mir scheint mit Notwendigkeit erschlossenen primären Denkstörung.

Für ganz in der Luft stehend, wenn auch möglich, halte ich die Ableitung neurotischer Dispositionen von chemischen Einflüssen der Sexualorgane. Der sichtbare Zusammenhang der Sexualität mit den Neurosen ist ein psychischer, und wenn man auf die Chemopathologie rekurrieren will, verliert man den Grund, die Störung gerade in die Sexualorgane zu verlegen. [2])

Ich bin auch noch nicht überzeugt von der Existenz eines „psychosexuellen Parallelismus" in dem Sinne, daß das Geschlechtsleben vorbildlich auch für unsere anderen Triebe sei, so daß die Energie der Sexualität auch die des andern Handelns bedinge. Wer energisch ist, kann es in verschiedenen Richtungen sein; wer schwere Enttäuschungen erlebt, sei es durch Impotenz oder etwa durch beständiges Fehlen anderer Ziele, wird durch beides in der nämlichen Richtung beeinflußt werden. Aber daß beim nämlichen Menschen verschiedene Triebe ungleich stark entwickelt sein können, ist selbstverständlich, und daß die Sexualität eine größere Bedeutung hat als

[1]) Nicht zu selten kann man auch die Weltuntergangsphantasie beobachten, ohne daß die Libido abgelöst wäre. Solche Patienten können noch fingierte und nicht fingierte Personen lieben, und zwar auch ohne daß im letzteren Falle die Liebe hoffnungslos wäre.

[2]) Das Obige ist vor den Publikationen der Untersuchungen mit der *Abderhalden*schen Methode geschrieben.



alles andere, dafür spricht die Überlegung, die zeigt, daß beim Menschen die anderen Triebe vor den sexuellen sehr stark zurücktreten, und die Beobachtung, welche den letztern eine hervorragende Rolle beimißt, aber nur relativ und nicht in dem exklusiven Sinne *Freud*s.

Ob den perversen Komponenten, den allgemeinen Anlagen zu verschiedenen sexuellen Aberrationen eine große oder geringe Bedeutung in der Bildung der Symptome zukommt, weiß ich nicht. Jedenfalls scheinen mir die betreffenden Ansichten *Freud*s nicht genügend fundiert, obschon in pathologischen Zuständen perverse Komponenten mit merkwürdiger Regelmäßigkeit nachzuweisen sind.

Dagegen ist es sicher, daß die sexuelle Symbolik eine große Rolle spielt; der Koitus wird mit dem Tode identifiziert; die Kraftausgabe durch sexuelle Betätigung ist für das autistische Denken die Kraftausgabe par excellence; Verlegungen sexueller Begriffe an andere Körperstellen sind etwas Häufiges.

Der Ödipuskomplex ist wichtig für die Symptomatologie, vielleicht auch für die Entstehung der Neurosen. Durch die Anknüpfungen der Libido an die Eigenschaften der Eltern, werden wohl auch die Richtungen späterer Verliebungen mitbestimmt, oder andere Verliebungen werden direkt gehemmt, so daß man von einer pathologischen Wirkung von Mutter- und Vater-Fixierungen wird sprechen können.

Dagegen bin ich so wenig wie bei den Träumen überzeugt, daß infantile (sexuelle) Komplexe die treibende Kraft für die Neurosenbildung liefern. Die rezenten Ereignisse scheinen doch zu oft das Ausschlaggebende[1]). Dennoch glaube ich gar nicht, daß die infantilen Traumen für das spätere Leben bedeutungslos seien. Ich weiß wohl, daß Engramme von affektiven Erlebnissen jederzeit eine gewisse assoziative Bereitschaft für neue ähnliche Erfahrungen bieten, und daß solche Reihen ähnlicher, aber zu ganz verschiedenen Zeiten erlebter Traumen immer stärker affektiv betont werden können, etwa in dem Sinne *Frank*s[2]). Ob Affekte, die sich so „summieren", ver-

[1]) Zu ähnlichen Auffassungen kommt nun auch *Jung:* Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. Jahrb. f. psychoanal. Forschung V, 1813.

[2]) *Frank*, Affektstörungen. Studien über ihre Ätiologie und Therapie. Berlin 1913, Springer.

drängt sein müssen, weiß ich nicht. Es ist ferner sicher, daß die kindlichen Affekte die Art und auch die Stärke der Gefühlsbetonung späterer Erlebnisse mit irgendwelchen intellektuellen oder assoziativen Ähnlichkeiten beeinflussen. Auf diese Weise erklärt sich das regelmäßige Auffinden infantiler Komplexe in der Psychoanalyse ohne Zwang und ohne die Voraussetzung einer besonderen Kraft derselben.

Freud nennt das Hervortreten infantiler Komplexe gelegentlich Regression. Dieser Begriff scheint mir ein unklarer und durch die Tatsachen nicht genügend gerechtfertigter. Es ist nach *Freud* auch Regression, wenn Vorstellungen als Halluzinationen zu Wahrnehmungen werden, wenn eine bewußte Idee unbewußt wird, wenn in anscheinend normaler Sexualität der Narzißmus oder der Auterotismus hervortritt usw.

Ganz sicher existiert auch etwas, das man mit „Verdrängung" bezeichnen kann[1]), indem in der Psyche ein Widerstand besteht gegen das Denken unangenehmer Dinge. Wenn aber die Gedanken relativ leicht vom Bewußtsein ferngehalten werden können, gelingt es mit den ihnen anhaftenden Affekten viel weniger. Auch einem Gesunden kann die Stimmung für längere Zeit verdorben werden, ohne daß er an das veranlassende Ereignis denkt, ja ohne daß er die Möglichkeit hat, es willkürlich wieder ins Gedächtnis zurückzurufen. Ferner ist es richtig, daß solche Affekte sich an andere Ideen anheften können, und es ist höchst wahrscheinlich, daß mancherlei Symptome, z. B. Zwangsideen, dieser Affektverschiebung ihre Entstehung verdanken.

Aber auch, wenn die Gefühle im Unbewußten darnieder gehalten werden, können sie Wirkungen haben: sie können sich in der Mimik ausdrücken, die im Gegensatz zu der bewußten Stimmung steht, und sie bringen Krämpfe, Lähmungen, Schmerzen und andere Symptome hervor, wenn sie mit entsprechenden Vorstellungen assoziiert sind.

Ich glaube aber nicht, daß die Verdrängung primär immer eine Verdrängung sexueller Strebungen — und gar noch aus der Kinder-

[1]) *Störring* (zur kritischen Würdigung der *Freud*schen Theorien, Ztschr. f. Psychopathol., Leipzig, Engelmann, 1913, II, 144) hat von der Verdrängung ähnliche Vorstellungen wie ich, wenn er sie auch auf den hysterischen Charakter beschränkt.



zeit — sei, sondern ich halte dafür, daß alles, was mit negativen und namentlich ambivalenten Gefühlen verbunden wird, verdrängt werden kann, wobei natürlich den sexuellen Komplexen die wichtigste, aber nicht eine ausschließliche, Rolle zufällt.

Mir ist auch der Zusammenhang verdrängter Sexualität mit pathologisch bedingter Angst durchaus nicht klar. Aber sicher ist, daß die letztere wichtige Zusammenhänge mit der Sexualität hat [1]), und in der Erkenntnis dieses Zusammenhanges sind wir immerhin durch *Freud* ein wichtiges Stück weiter gekommen.

Nicht neu, aber erst von *Freud* in seiner ganzen Bedeutung gewürdigt, ist das, was man durch die Worte Flucht in die Krankheit, Krankheitswille, Krankheitsgewinn, Gesundheitsgewissen (letzterer Ausdruck von *Kohnstamm*) bezeichnet. Man bekommt nicht leicht eine Neurose, ohne daß man damit etwas gewinnen kann, wenn auch objektiv oder vom bewußten Denken des Individuums selbst aus betrachtet der Verlust sehr viel größer sein mag als der Gewinn. Man darf überhaupt die Frage stellen, ob es Neurosen gebe, ohne daß der Krankheitsgewinn einen wesentlichen Anteil an den Motiven habe; *Freud* verneint sie. Ich möchte die Beantwortung noch hinausschieben; das Verhältnis zwischen Krankheitsgewinn und anderen Ursachen ist ja ein sehr verschiedenes; warum soll nicht der Anteil des ersteren einmal nahezu oder ganz auf Null sinken können?

Als ein großes Verdienst *Freuds* sehe ich auch die Hervorhebung des „körperlichen Entgegenkommens" an. Man vergißt viel zu leicht, daß mit dem Nachweis der psychischen Genese eines Symptoms eine organische Erkrankung durchaus nicht ausgeschlossen ist. Im Gegenteil: Es gibt wohl keine Epilepsie, keine multiple Sklerose ohne hysteriforme Symptome; die bekannte Symptomatologie der Schizophrenie ist eine psychogene, und doch halten wir daran fest, daß die Krankheit organisch bedingt sei. Ebenso wird die Lokalisation von psychischen Krankheitserscheinungen in bestimmten Organen häufig durch irgendeine Minderwertigkeit in diesen Körperteilen bedingt. Hysterische Schmerzen können genau einen vorausgegangenen wirklichen Gelenkrheumatismus kopieren.

[1]) *Bleuler*, Die Psychanalyse *Freuds*. S. 81 f. Wien 1911, Deuticke.



Zum Unterschied von *Freud* möchte ich aber, wie anderswo angedeutet, nicht annehmen, daß damit das Organ zu einem Appendix der Sexualorgane werde.

Daß ich an die Prinzipien einer Symbolik im *Freud*schen Sinne glaube, habe ich schon ausgeführt. Aber ich möchte dies dahin erweitern, daß ich außerdem glaube, Symbole können die Krankheit auch weitgehend beeinflussen; ich halte es z. B. für möglich, wenn auch in concreto etwas schwer beweisbar, daß man sich für eine enragierte Magerkur begeistert, weil man in Wirklichkeit seinen Nebenbuhler umbringen möchte, der Dick heißt. Daß nervöses Erbrechen hauptsächlich Ekel und Abweisung einer bestimmten, meist sexuellen Idee bedeutet, halte ich für nachgewiesen.

Es ist für mich ferner sichergestellt, daß unbewußte Schuldgefühle (meistens — nach andern immer — auf sexuellem Boden) eine Krankheit hervorbringen können; ebenso, daß derjenige, der sich mit der Wirklichkeit ungenügend abfinden kann, sich eine Lebenslüge[1]) schafft, die unter gewissen Umständen das Leben erleichtert, unter anderen aber in krankhafter Weise in die Realität verlegt wird und damit den Inhalt einer Psychose und in gewissem Sinne diese selbst erzeugt.

Es ist mir auch unzweifelhaft, daß manche Krankheitssymptome durch transitivistische Projektion eigener Gefühle (des Hasses, des Zweifels an der eigenen Liebe usw.) auf andere Personen zustande kommen. Man glaubt sich von dem verfolgt, den man selbst verfolgen möchte.

Wie diese Beispiele zeigen, spielt meiner Ansicht nach das Wesentliche der krankmachenden Mechanismen im Unbewußten, wenn auch das Bewußtsein nicht immer ganz frei von der Erkenntnis der Zusammenhänge sein mag. Wer aus theoretischen vorgefaßten Meinungen oder aus anderen Gründen die Existenz dessen, was wir Unbewußtes nennen, leugnet, muß damit nicht nur auf die Erklärung mancher psychopathologischen Erscheinungen verzichten, sondern er muß auch seine Augen sichtbaren Zusammenhängen verschließen.

---

[1]) *Bertschinger*, Über Gelegenheitsursachen gewisser Neurosen und Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1912, H. 5, S. 588. Berlin, Reimer.



Wichtig ist noch **das Verhältnis zwischen den krankmachenden Mechanismen und den Anlagen**, auf denen jene spielen. *Freud* nimmt für die Psychoneurosen eine besondere sexuelle Konstitution an. Doch führt er diese Idee nicht aus, und sie spielt in seinen Werken keine große Rolle. Im ganzen ist bei ihm und noch mehr bei einigen seiner Schüler der Unterschied von normal, psychoneurotisch und psychotisch kein sehr großer. Die analytisch untersuchten Psychosen, manisch-depressives Irresein und Dementia praecox, sind bei ihnen ebenso gut funktionell wie die Hysterie.

Mir scheinen die Dinge etwas anders zu liegen. Ein Normaler kann möglicherweise nervöse Symptome bekommen, wenn eine besondere Verkettung von Umständen eine Mehrzahl von gleichgewichtstörenden Momenten summiert. Die Neurosen entstehen auf bestimmten Abweichungen vom Normalen, die vielleicht nicht viel anders zu taxieren sind, als etwa die Abweichungen in der Körpergröße von mittlerem Maße. Bei der Dementia praecox aber besteht eine physische Krankheit, eine chemische oder anatomische Störung im Gehirn, die etwas prinzipiell Neues in den psychischen Organismus hineinträgt.

Auf diesen drei verschiedenen Böden reagiert die Psyche auf die bekannten Schädlichkeiten zwar in graduell verschiedener Weise, aber mit den nämlichen Mechanismen. Die Hysterie ist die Karikatur von Dingen, die in schwächerer Ausprägung bei Gesunden vorkommen, und das meiste an der Symptomatologie der Dementia praecox, nicht diese Krankheit selbst, ist wieder in gewissem Sinne eine Karikatur und Übertreibung der hysterischen Erscheinungen.

Das manisch-depressive Irresein läßt sich den genannten Formen nicht an die Seite stellen; es besteht wohl im wesentlichen aus einer enormen Übertreibung der endogenen Affektschwankungen des Normalen; psychogene Mechanismen können höchstens auslösend auf die einzelnen Anfälle wirken. Es mag aber ähnliche, bis jetzt nicht abgrenzbare Syndrome geben, die rein psychogen entstehen.

Diese Anschauungen werden vielleicht durch die Zeit noch etwas modifiziert. Aber ganz sicher ist es meines Erachtens, daß die nämlichen Mechanismen auf verschiedenem Boden wirken und deshalb prinzipiell ähnliche, wenn auch quantitativ verschiedene Symptome hervorbringen.



Die analytische Technik.

Das führt uns zur Analyse selbst. Man hat gegen sie eingewendet, daß bloße Einfälle keinen zielvollen Gedankengang konstituieren können. Der Einwand ist aber a priori nicht stichhaltig, da ja eine sehr bestimmte Zielvorstellung besteht, eine Zielvorstellung, wie wir sie in der Hypnose und unter anderen Umständen als unbewußte Leitung für den Gedankengang kennen[1]). Aber auch die Erfahrung beweist ja die Unrichtigkeit des Einwandes. Man hat ferner gesagt, der Analytiker werde absichtlich und unabsichtlich getäuscht. Gewiß kann das vorkommen, und man kann namentlich in manche — aber gar nicht in alle — Versuchspersonen recht viel hineinreden. Ich bin auch überzeugt, daß beides, namentlich aber das letztere noch häufig vorkommt; aber die menschlichen Schwächen spielen bei jeder Technik und bei jeder Kunst mit, und die Psychanalyse steht erst am Anfang ihrer Entwicklung; die Fehler sagen nichts gegen die vielen gesicherten Resultate. Und sie sind lange nicht so groß, wie man erwarten könnte. Es ist nämlich gar nicht leicht, seine Vermutungen den Analysanden aufzuschwatzen; bei ausgesprochener Schizophrenie, wo ich am meisten Erfahrung habe, ist es kaum möglich. Leicht aber ist es, sich vor solchen Fehlern zu hüten, wenn man nur will.

Im übrigen ist es einfach unmöglich, die Technik der Analyse zu verstehen und ihre Bedeutung zu ermessen, wenn man keine eigene Erfahrung hat. Einer der besten Beweise des hilflosen Mangels an jedem Verständnis der meisten Kritiker liegt in dem einseitigen Abstellen auf die Sperrungen. Wie wenn es nichts anderes gäbe. Man kann im Gegenteil ganz gut Psychanalyse treiben, ohne die Sperrungen überhaupt zu beachten. Von den anderen Dingen erwähne ich hier nur wieder die Mitteilungen, die uns der Analysand unbewußt in seiner Mimik und anderen Nebenbewegungen gibt. Die gedruckten Worte, die ein Schauspieler zu sagen hat, können in der verschiedensten Weise ausgelegt werden. Sogar, ob ein Satz im eigentlichen Sinne oder ironisch gemeint sei, kann man auch da nur aus dem Zu-

[1]) Determination des Gedankenganges durch unbewußte Zielvorstellungen wird u. a. auch von *Ach*, *Liepmann* und selbst von *Isserlin* angenommen.



sammenhang wissen. Die lebendige Äußerung aber gibt ihnen unzweideutigen Inhalt und bestimmte Beziehungen. Genau so bei der Psychanalyse. Wer gesehen hat, was für Affekte dabei zum Vorschein kommen, kann an der Bedeutung bestimmter Erinnerungen nicht zweifeln. Wer erfahren hat, wie ein bestimmter mimischer Ausdruck oder eine bestimmte Symptomhandlung immer wieder bei bestimmten Ideen und nur bei diesen auftritt, kann sich der Überzeugung nicht verschließen, daß diese Dinge miteinander im Zusammenhange stehen. Der naive Kritiker aber erfährt von all dem nichts — und noch von vielem anderen.

Die Psychanalytiker haben viele Krankengeschichten und Traumerklärungen veröffentlicht, in denen viele Dutzende von Einzelheiten sich in den von ihnen angenommenen Zusammenhang einreihen, und sie meinen, damit einen Beweis geliefert zu haben, daß die Auslegungen im großen und ganzen richtig seien. Die Gegner behaupten, auf die gleiche Weise könne man beliebige Zusammenhänge deuten. Hier wäre es an ihnen, den Beweis zu leisten. An ihnen wäre es auch, die Analogien und Identitäten der Symbolik in Mythologie, Traum und Schizophrenie auf andere Weise zu erklären. Einzelne versteifen sich auf die Deduktion: die Methode ist unrichtig, also braucht man die Resultate nicht zu prüfen. Ich sage: lege artis gewonnene Resultate erweisen sich als richtig; somit kann die Methode nicht falsch sein.

Was die Schizophrenie betrifft, so wird von den Unerfahrenen immer wieder vergessen, daß da von einer Technik im Sinne *Freud*s meist keine Rede ist, und daß gerade bei den grundlegenden Fällen und immer wieder im weiteren Verlauf der Erfahrungen die Zusammenhänge, bzw. das, was man Deutungen nennt, von den Patienten selbst gegeben werden, ohne daß man ihnen den leisesten Anhaltpunkt von außen geboten hätte, im *Freud*schen Sinne zu denken. Eine Anzahl Träume von gebildeten wie ungebildeten Schizophrenen sind uns spontan ganz im Sinne *Freud*s gedeutet worden. Ich kann mir nicht denken, wie die Gegner sich mit solchen Tatsachen abfinden.

Therapie.

Über den therapeutischen Wert der Psychanalyse wissenschaft-



lich (nicht affektiv) zu diskutieren, ist jetzt unmöglich. Niemand ist da noch imstande, etwas wissenschaftlich Begründetes von allgemeiner Bedeutung zu sagen. Dazu braucht es noch die Erfahrung von vielleicht Jahrzehnten — was gar nicht ein Fehler der Psychanalyse sein muß, wissen wir doch von den therapeutischen Wirkungen der Elektrizität nach hundertjähriger fleißiger Anwendung und hundertjährigem Schwatzen noch gar nichts. Theoretische Deduktionen sind hier wertlos. Nur Resultate können entscheiden. Um diese zu beurteilen, dazu fehlt uns jede Andeutung einer Grundlage. Man kann sich höchstens von beiden Seiten glänzend geheilte oder ebenso glänzend verpfuschte Fälle an den Kopf werfen; das lohnt sich nicht. Das wenige, das ich darüber in meinem früheren Artikel im Jahrbuch für Psychoanalyse gesagt habe, kann ich auch jetzt noch aufrecht erhalten. Es ist keine Frage, daß man mit dieser „Methode" Leute heilen kann, und darunter manche, die mit vielen anderen Methoden nicht geheilt worden sind. Es ist sicher, daß sie weder gefährlich noch unsittlich zu sein braucht, aber sie kann aus mancherlei Gründen nicht die einzige radikale Heilmethode sein, wie Enthusiasten gesagt haben, und da Geschickte und Ungeschickte, Ärzte und Laien, mit dem neuen Instrument in der Psyche und der Sexualität herumzustochern suchen, wird es wohl auch Fehlhandlungen geben. Aber ich muß sagen, ich habe trotz allem noch keine Anhaltpunkte gefunden, daß hier negative Resultate häufiger oder schwerer seien als bei anderer Behandlung. Und das, was ich für das Wichtigste halte, die Orthopädie der Psyche, läßt sich von keinem Standpunkt so zielbewußt durchführen wie vom psychanalytischen. In einer so affektbesetzten Sache verdrängt man leicht die nötige Vorsicht gegenüber den Schauermären, die uns von Arzt zu Arzt ziehende, aber nichts so sehr wie die Heilung fürchtende Neurotische zu erzählen pflegen. Ihnen gegenüber heißt es, mit dem Urteil zurückhalten oder dann wenigstens zuerst prüfen, ob die Geschichte wahr ist, und wenn sie einmal wahr sein sollte, sich fragen, liegt der Fehler an der Methode oder anderswo. Meiner Meinung nach steht denn doch die Psychanalyse, die wenigstens gegen psychische Störungen psychische Mittel anzuwenden sucht und einen großen wissenschaftlichen Nebengewinn liefert, in manchen Beziehungen recht weit über den Prozeduren, mit denen man gewöhnlich eine verfehlte Lebensstellung zu behandeln pflegt, und die — da man



die Dispositionen doch nur ganz ausnahmweise beeinflussen kann — nicht nur von mir als symbolische Handlungen oder larvierte Suggestionen aufgefaßt werden.

Zu bedauern ist es, daß man für die Wahl der „Methode" noch keine genügenden Indikationen und nicht viel bessere Kontraindikationen besitzt. Das teilt sie aber mit den andern Behandlungsweisen der Neurosen, deren positive Indikationen meist auch nicht in der Krankheit, sondern in der Anlage und dem Geschmack des Arztes und in Dingen wie der Anlage seines Sanatoriums bzw. des zur Verfügung stehenden Heilapparates liegen.

Schluß.

Wie Sie sehen, scheint meine Kritik *Freuds* komplizierte Gebäude zunächst vollständig zusammenzuschlagen. Aber bei genauerem Zusehen findet man in dem, was übrig bleibt, so viele richtige Beobachtungen als brauchbare Bausteine und so viele geniale architektonische Ideen, daß es leichtfertig wäre, alles miteinander unbesehen abzulehnen. *Freud* hat uns einen Einblick in denjenigen — bis jetzt ziemlich unbekannten — Teil der Psychologie eröffnet, in dem die Krankheitssymptome gewoben werden, und das ist ein großes Verdienst, wenn man auch bei besserem Zusehen manches ohne seine Methoden hätte finden können, und wenn auch — numerisch gewertet — mehr von seinen Einzelideen abzulehnen ist, als Bestand haben wird.



Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik.[1])

Von

Dr. **A. Fauser**-Stuttgart.

M. H.! In seiner letzten Jahresversammlung zu Kiel hat der deutsche Verein für Psychiatrie auf Anregung von Geheimrat *Siemens* beschlossen, „seinen Vorstand zu beauftragen, geeignete Schritte zu erwägen zur Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts über die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen". Es ist mir eine besondere Freude, daß ich Ihnen heute von Versuchen berichten kann, die, wie ich glaube, berufen sind, gerade die Erforschung der körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen erheblich zu fördern.

Gestatten Sie mir, Ihnen in tunlichster Kürze von diesen meinen Untersuchungen zu berichten; ich glaube mich um so kürzer fassen zu dürfen, als ich einen großen Teil meiner Ergebnisse schon an anderen Stellen [2]) unter genauer Angabe meiner Versuchsprotokolle veröffentlicht habe. Alles Technische im engeren Sinne lasse ich beiseite, ich verweise in dieser Beziehung in erster Linie auf die Publikationen *Abderhaldens*, dem wir sowohl die grundlegenden allgemeinen physiologischen Ideen, um die es sich dabei handelt, wie die spezielle Methodik zu verdanken haben, und dessen kleinem, inhaltschwerem Buche „Schutzfermente des tierischen Organismus" ich selbst die Anregung zu meinen Versuchen verdanke.

Die Besprechung der Technik im einzelnen, die Erörterung der vielen technischen Schwierigkeiten und Fehlerquellen kann natür-

[1]) Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau, Mai 1913.

[2]) D. med. Wchschr. 1912, Nr. 52 und 1913, Nr. 7; Münch. med. Wchschr. 1913, Nr. 11.



lich nur im Laboratorium, an der Hand der Versuche selbst, erfolgen; manche der Unvollkommenheiten, die der Methode, wie jeder neuen Methode, anfangs anhafteten, sind in der letzten Zeit durch *Abderhalden* verbessert resp. beseitigt worden; die Methode — ich meine die Dialysiermethode, mit der ich bis jetzt ausschließlich gearbeitet habe — wird sicher mit der Zeit noch zuverlässiger werden und, wie ich hoffe, durch die optische Methode eine weitere Ergänzung erfahren. Vor allem aber werden die Untersucher selbst eine immer größere Übung und Erfahrung in der im Grunde ja einfachen und klaren, aber mit vielen, schwer sichtbaren Stacheln und Drähten umgebenen Methodik gewinnen und die Resultate dadurch an Zuverlässigkeit und Konstanz zunehmen. Ich bin gerne bereit, Lernbegierigen und Zweiflern im Laboratorium des Bürgerhospitals die nötigen Aufschlüsse zu geben; die zahlreichen Kollegen aus den Universitätskliniken, Irren- und Krankenanstalten, die in den letzten Monaten bei mir die Versuche mitangesehen, die Anfangsgründe der Technik erlernt und großenteils die Versuche unter meiner Aufsicht selbständig angestellt haben, waren — ich darf wohl sagen alle — sehr befriedigt, die meisten förmlich begeistert von der neuen Perspektive, die sich hier der Psychiatrie eröffnet hat.

Manches von dem, was ich selbst gefunden habe, lag ja — in mehr oder weniger bestimmter Form — schon längst sozusagen in der Luft. Ich selbst entsinne mich — und ich habe dies mehreren Kollegen geschrieben —, daß z. B. an meiner Idee, es könnte eine Störung seitens der Geschlechtsdrüsen in ursächlicher Beziehung zu der „Dementia praecox“ stehen, noch alte Reminiszenzen aus dem gedankenreichen *Schüle*schen Lehrbuch der Psychiatrie teilgenommen haben; auch in dem *Kraepelin*schen und anderen psychiatrischen Lehrbüchern der neueren Zeit finden sich Hinweise auf diese Frage; ebenso in der 1911 erschienenen monographischen Bearbeitung der Dementia praecox von *Bleuler* (in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie) — teilweise auch unter Bezugnahme auf die Schilddrüse. Ich selbst habe auf Grund eigener klinischer Erwägungen schon seit vielen Jahren die Vermutung gehabt und meinen Assistenten gegenüber ausgesprochen, es möchte sich bei der Dementia praecox um eine Vergiftung seitens der Geschlechtsdrüsen handeln; analoge Vermutungen hatte ich auch in bezug auf andere Erkrankungen und



andere Organe. Solange es aber an den exakten Methoden zu ihrer naturwissenschaftlichen Begründung fehlte, handelte es sich nur um unbewiesene Hypothesen. Eine Hoffnung schien sich mir dann aus der neuen Wissenschaft von den Immunitätsvorgängen zu ergeben, und ich habe vor jetzt annähernd vier Jahren, nachdem ich mich mit der Immunitätslehre theoretisch und praktisch vertraut gemacht hatte, meine Gedanken unter scharfer Einstellung auf das Immunitätsproblem auf experimentellem Wege weiter verfolgt. Ich dachte mir, daß bei denjenigen Psychosen, bei denen die schädigende Ursache in den Geschlechtsdrüsen oder der Schilddrüse vermutet werden konnte, diese Organe resp. ihre Sekrete Antigencharakter besitzen und sich dann die entsprechenden Antikörper im Blut der Kranken nachweisen lassen könnten. Auch die Paralyse, speziell auch die paralytischen Anfälle, von denen ich die Vermutung hegte und noch hege, daß es sich dabei um anaphylaktische Anfälle handelt, weiterhin auch andere „Anfälle", denen der Psychiater häufig begegnet, zog ich schon damals (Herbst 1909) in den Kreis meiner Untersuchungen. Meine lange Zeit fortgesetzten Versuche mit der Komplementbindungsmethode führten nun allerdings — vielleicht lediglich infolge von technischen Mängeln — zu keinem positiven Ergebnis, und nach den Belehrungen durch *Ehrlich*, der damals meine Protokolle mit mir durchzusprechen die Güte hatte, verzichtete ich zunächst auf weitere Versuche auf diesem Wege. Die Idee selbst habe ich aber niemals aufgegeben, vielmehr immer gehofft, daß eine verbesserte Methodik den Beweis für ihre Richtigkeit erbringen werde. So können Sie sich vorstellen, m. H., welch großen Eindruck die *Abderhalden*schen Arbeiten, namentlich das obengenannte kleine Buch, das im April oder Mai 1912 erschienen ist, auf mich machen mußten. Ich glaube übrigens und habe dies bereits in meiner ersten Arbeit hervorgehoben, daß es auch anderen Ärzten ebenso ergangen sein mag. Aus mancherlei beglückwünschenden Zuschriften, die ich nach Abschluß meiner Arbeiten erhielt, möchte ich z. B. eine von Professor *H. Pfeiffer* aus Graz erwähnen, der ich entnehme, daß er in einer Diskussionsbemerkung im Juli 1912 Blutuntersuchungen bei Geisteskranken nach der *Abderhalden*schen Methodik verlangt hat. Mir selbst erschien bei der besonderen Richtung meiner eigenen Ideen, wie ich sie schon mittels der Komplementbindungs-



methode zu beweisen versucht hatte, unter den von *Abderhalden* durchgeführten Anschauungen namentlich die von besonderer Wichtigkeit, daß eine Substanz zwar arteigen, aber gleichzeitig blut- oder organfremd sein kann; denn solange lediglich der Gegensatz von „arteigen" und „artfremd" bestand, konnte man eigentlich von einem Organ derselben Art (und sogar desselben Individuums) nicht wohl die vorausgesetzte besondere Wirkung auf den Körper erwarten, wenn auch der Einräumung einer gewissen Sonderstellung für die Geschlechtsdrüsen, eventuell auch für die Schilddrüse oder die Drüsen mit innerer Sekretion überhaupt, nicht im voraus jede Berechtigung abgesprochen werden konnte. Klärend und ermutigend wirkte auf mich auch die von *Abderhalden* bereits mit Erfolg gemachte Anwendung seiner Theorien und Methoden auf die serologische Diagnostik der Schwangerschaft. Sofort drängte sich mir die Analogie der Plazenta und der nervösen Störungen während der Schwangerschaft mit den Organen der inneren Sekretion und den durch sie bewirkten nervösen Störungen auf: bei der Schilddrüse war dieser Zusammenhang zwischen Organ und nervöser Störung ja schon längst klinisch bekannt und durch die Folgen der partiellen oder totalen Schilddrüsenexstirpation, der Schilddrüseneinpflanzung, Verfütterung usw. experimentell erwiesen; sowohl bei der Schilddrüse — auch bei gutartigen Formen derselben — wie bei der Plazenta waren embolisch verschleppte Geschwülste beobachtet worden, die bei beiden Organen das Hineingelangen unabgebauten, resp. ungenügend abgebauten, blutfremden Materials in die Blutbahn erwiesen. Ähnliche Verhältnisse, sagte ich mir nun weiter, wie für die Schilddrüse, dürften auch für die Geschlechtsdrüsen, evtl. noch für andere Drüsen der inneren Sekretion, möglicherweise — da ja, wie *Abderhalden* hervorhebt, jedes Organ und jede Zelle schließlich auch ein Organ der inneren Sekretion darstellt — auch für andere Organe erwartet werden.

M. H.! Ich habe mir erlaubt, Ihnen diese kurze historische Darstellung des Entwicklungsganges zu geben, den diese Gedanken in dem beschränkten Kreise meines eigenen Erlebens durchgemacht haben. Einesteils möge dadurch das Verständnis für die nachfolgenden Darlegungen meiner Untersuchungsergebnisse erleichtert, andernteils gezeigt werden, wie die letzteren in den ganzen Entwicklungsgang der



Wissenschaft sich natürlich einfügen: es handelt sich einfach um eine Synthese von gewissen mehr weniger intuitiv gewonnenen psychologischen und psychiatrischen Ideen mit den exakten Ergebnissen der modernen, chemisch gerichteten Physiologie und Biologie und der Immunitätswissenschaft.

Lassen Sie mich nun in aller Kürze auf meine Versuchsergebnisse selbst eingehen. Die Zahl der von mir bis jetzt untersuchten Geisteskranken beträgt etwa 250 (mehrere davon wurden wiederholt untersucht, außerdem wurden auch 25—30 Nichtgeisteskranke untersucht; zusammen mögen es also etwa 300 Personen gewesen sein[1]) mit im ganzen 1750 Protokollnummern). Über mehr als 100 Fälle habe ich in meinen drei Aufsätzen in der Deutschen und der Münchener medizinischen Wochenschrift bereits berichtet; das Resultat meiner späteren Untersuchungen stimmt mit dem der früheren in allen wesentlichen Punkten überein, so daß ich nunmehr ohne Reserve glaube sagen zu dürfen: sie sind mindestens in der Hauptsache richtig. Selbstverständlich sind wir damit noch lange nicht am Ende der Arbeit angelangt, diese fängt vielmehr erst jetzt recht an. Es müssen neben den bereits untersuchten Krankheitsformen auch noch andere serologisch untersucht, es müssen namentlich neben den von mir einbezogenen Organen: Schilddrüse, Testikel, Ovarien, Hypophyse, Zirbeldrüse, Nebennieren (letztere nur in ganz wenigen Fällen!), Hirnrinde, auch noch andere Organe daraufhin untersucht werden, ob sie nicht durch eine „Dysfunktion" die Veranlassung zur Bildung von Schutzfermenten geben; es müssen weiterhin immer mehr die feineren Beziehungen zwischen den serologischen und den klinischen Befunden herausgearbeitet werden, wenn die zu erwartenden Fortschritte in ätiologischer, diagnostischer und differenzialdiagnostischer, prognostischer und hoffentlich auch therapeutischer Hinsicht ganz ausgeschöpft werden sollen: nur durch das Zusammenarbeiten vieler kann diese Riesenaufgabe allmählich ihrer Lösung entgegengeführt werden.

Ich will nun auf die einzelnen von mir untersuchten Krankheitsformen eingehen und beginne mit der

---

[1]) Jetzt (29. VII.) 436 Personen mit 2225 Einzelnummern. Unsere Ergebnisse sind immer im wesentlichen dieselben.



I. Dementia praecox. — Hier fand ich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen wie gegen Hirnrinde; daraus folgt also, daß im Blut dieser Kranken Geschlechtsdrüsen- und Hirnrindeneiweiß zirkuliert. Gestatten Sie mir, bei diesem Punkte etwas zu verweilen, denn ich habe gefunden, daß hier nicht selten Mißverständnisse obwalten. Man findet — auch in wissenschaftlichen Aufsätzen und Diskussionen, die sich mit der Bedeutung der Fermente beschäftigen — manchmal die Vorstellung, daß die Fermente das Primäre darstellen, daß manche Menschen von Hause aus, etwa infolge irgendeiner mangelhaften Anlage, solche Fermente besitzen, durch die sie dann krank werden. Das entspricht nicht den *Abderhalden*schen Anschauungen und den auf ihnen aufgebauten weiteren Forschungen: das Primäre sind nicht die Fermente, sondern sind die in unabgebauter, unvollständig abgebauter, falsch abgebauter Form in das Blut eingetretenen, also blutfremden, Eiweißkörper[1]) (z. B. Testikeleiweiß); diese sind das Primäre, diese suchen wir. Da wir sie aber im Blut direkt nicht nachweisen können, erschließen wir sie indirekt aus den nachweisbaren fermentativen Wirkungen, die das durch sie vom Blut und im Blut provozierte Schutzferment (z. B. gegen Testikeleiweiß) innerhalb der Dialysierhülse auf das zugehörige koagulierte Organeiweiß (z. B. des Testikels) ausübt. Also an der nachweisbaren Fähigkeit des betreffenden Serums, in der Dialysierhülse das zugehörige Organeiweiß (Testikeleiweiß) abzubauen, erkennen wir das Vorhandensein des spezifischen Ferments (gegen Testikel) im Blut des Kranken; aus diesem Ferment schließen wir dann auf das Vorhandensein des betreffenden blutfremden Organeiweißes (Testikeleiweiß) im Blut, und aus dem Auftreten dieses blutfremden Organeiweißes im Blut auf eine „Dysfunktion" des zugehörigen Organs (etwa des Testikels): denn von der „Dysfunktion" eines Organs im *Abderhalden*schen Sinn sprechen wir ja dann, wenn dieses Organ nicht völlig abgebautes und damit bluteigen gemachtes, sondern unabgebautes, unvollständig abgebautes oder falsch abgebautes — also blutfremdes — Material in die Blutbahn abgibt. Den Ausgangs- und Mittelpunkt unserer Untersuchungen und

[1]) Wie ich schon in meiner ersten Arbeit betont habe, beschäftigen sich meine Versuche bisher bloß mit den Proteïnen, resp. den proteolytischen Fermenten.

Theorien stellt also der Begriff der „Dysfunktion" dar in dem scharf umschriebenen und inhaltlich klaren Sinn, den *Abderhalden* damit verbindet.

Wenn also bei Dementia praecox in der überwiegenden Zahl der Fälle Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen wie gegen Hirnrinde gefunden wird, so sind wir zu der Annahme berechtigt, daß hier eine Dysfunktion sowohl der Geschlechtsdrüsen wie der Hirnrinde vorliegt. Im einzelnen werden wir uns den Vorgang wohl so vorstellen dürfen — was ich jetzt sage, ist Hypothese —, daß eine primäre Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen sekundär, durch eine schwere Rindenvergiftung, eine Dysfunktion auch der Rinde nach sich zieht, und zwar werden wir uns diese Dysfunktion der Rinde dadurch zustande gekommen denken können, daß während des nachträglichen Abbaus des Geschlechtsdrüseneiweißes im Blut giftige Zwischenprodukte entstehen, die auf die Rinde schädigend einwirken — geradeso wie Alkohol oder andere Gifte dies tun. Bei der Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen wird man in erster Linie an hereditäre Eigenschaften denken dürfen; histologische Veränderungen scheinen bei den bis jetzt zur Untersuchung gelangten Fällen nicht gefunden worden zu sein. Interessant ist, daß auch die Geschlechtsdrüsen ganz alter (70jähriger und älterer) männlicher und weiblicher Personen sich für die Untersuchung als brauchbar erwiesen haben. Es handelt sich dabei also, wie schon im voraus zu erwarten war, nicht um den generativen, sondern um den innersekretorischen Anteil der Geschlechtsdrüsen, von dem ja die Hormonwirkung ausgeht (vgl. *Biedl*, innere Sekretion, ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie).

Bemerkenswert ist fernerhin, daß in meinen Versuchen bis jetzt das Blut männlicher Dementia praecox-Kranker nur Testikel, nicht Ovarien, das Blut weiblicher nur Ovarien, nicht Testikel abgebaut hat. In mehreren Fällen von Dementia praecox habe ich neben der Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen auch eine solche der Schilddrüse — und zwar auch ohne sicher nachweisbare Schilddrüsenvergrößerung — im Dialysierverfahren nachweisen können, andern Organen gegenüber ist mir dies aber bis jetzt noch nicht gelungen. Die gleichzeitige Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen und der Schilddrüse stellt bei dem bekannten Korrelationsverhältnis zwischen Ge-



schlechtsdrüsen und Schilddrüse nichts Absurdes dar. (Die nachweisbare Dysfunktion der Schilddrüse bei äußerlich feststellbarer Schilddrüsenerkrankung (z. B. bei *Basedow*) werde ich nachher erwähnen.) Bei anderen Erkrankungen als bei Dementia praecox konnte ich Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen bis jetzt niemals nachweisen[1]); in einem einzigen Fall in der jüngsten Zeit fand ein auswärtiger Kollege, der bei mir arbeitete und die Methode bereits gut beherrschte, einmal bei einem Paralytiker Schutzferment gegen Testikel, allein es erhoben sich nachher Zweifel, ob das Testikelpräparat einwandfrei war. Freilich, das kam mehrere Male vor, daß Geschlechtsdrüsen abgebaut wurden, wo wir diesen Abbau nicht oder wenigstens nicht mit Sicherheit erwarteten; es waren dies solche Fälle, wo wir die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein resp. sonst einer rein funktionellen Psychose und Dementia praecox nicht mit Sicherheit stellen konnten, oder wo wir bis dahin mit Sicherheit manisch-depressives Irresein usw. annehmen zu müssen geglaubt hatten: hier erwies sich aber die serologische Diagnose unserer klinischen überlegen, denn wir konnten in solchen Fällen nachträglich durch genauere Untersuchung und Erhebung der Anamnese oder durch den weiteren Verlauf uns davon überzeugen, daß die serologische Diagnose die richtige war[2]). Das ist überhaupt das Förderliche und Erfreuliche an dem gewonnenen neuen Gesichtspunkt, daß nicht das Klinische und das Serologische sich immer einfach decken und restlos ineinander aufgehen, sondern daß häufig ein Rest von Problematischem zurückbleibt, der zum Weiterforschen anregt.

Wenn ich so, wie bereits erwähnt, Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen bis jetzt nur bei Dementia praecox einwandfrei nach-

---

[1]) Neuere Fälle, über die ich nächstens berichten werde, scheinen dafür zu sprechen, daß Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen dann und wann auch bei Psychisch-Kranken vorkommt, die nicht (noch nicht?) an Dem. praec. im üblichen Sinne leiden; in diesen Fällen handelte es sich gleichzeitig um nachweisliche Dysfunktion der vergrößerten Schilddrüse; sie unterschieden sich auch klinisch deutlich von den oben erwähnten „rein funktionellen" Psychosen (manisch-depressives, hysterisches, einfach degeneratives Irresein usf.).

[2]) Zur differenzialdiagnostischen Bedeutung der Fermentreaktion bei Dem. praec. wird demnächst Frau Dr. *Jörgensen-Wedde* einige Fälle veröffentlichen.

weisen konnte, so habe ich andererseits einige wenige Fälle gesehen, bei denen — und zwar auch bei anscheinend klinisch sicheren Fällen von Dementia praecox — kein Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen nachzuweisen war. Besonders interessant waren solche Fälle, bei denen zu einer bestimmten Zeit dieses Schutzferment gefunden, zu einer anderen Zeit nicht gefunden wurde. Ähnlich verhielt es sich auch mit dem Schutzferment gegen Rinde: auch hier fand ich dann und wann, wenn auch selten, Fälle, wo Schutzferment vermißt wurde, resp. wo es zu gewissen Zeiten nachzuweisen war, zu anderen Zeiten nicht. Da ich nicht annehmen kann, daß es sich hier lediglich um Versuchsfehler handle, so habe ich die Vermutung, daß die Dysfunktion sowohl der Geschlechtsdrüsen wie der Rinde nicht immer eine kontinuierliche, sondern manchmal eine intermittierende ist. In der Tat glaubte ich hier mitunter einen Parallelismus zwischen serologischem Befund und klinischem Krankheitsbild auffinden zu können, doch ist die Zahl meiner Beobachtungen noch zu klein, als daß ich hierüber etwas Bestimmtes jetzt schon sagen möchte. Gerade für solche Fragen werden ausgedehnte Untersuchungen in großen Anstalten, die ein großes Krankenmaterial Jahre hindurch beobachten können, von der größten Bedeutung werden. In einigen Fällen von Endzuständen der Dementia praecox, die zu völligem klinischen Stillstand gekommen waren, fand ich weder Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen noch gegen Rinde; in solchen Fällen handelt es sich eben nicht mehr um in Bewegung befindliche Krankheitsprozesse, sondern um stationäre Defektzustände [1]).

Von Wichtigkeit waren mir weiterhin die Fälle von

II. Neurosen und Psychosen bei gröberen Vergrößerungen der Schilddrüse. — Bei Kropfkranken und zwar sowohl bei *Basedow*psychosen wie bei anderen

[1]) Vor kurzem fand ich bei einem ganz stationären Endzustand von Dem. praec. (weibl.), den ich seit etwa zwei Jahrzehnten zu beobachten Gelegenheit hatte, zwar kein Schutzferment gegen Rinde, wohl aber gegen Ovarien. Zus. b. d. Korr.: Bei einigen klinisch und serologisch absolut sicheren Katatonien fand ich nach eingetretener, sehr weit gehender Besserung, während deren die Kranken nur noch den Eindruck haltloser Psychopathen machten, bloß noch Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen, nicht mehr gegen Rinde, wie zuvor. Diese Befunde sind von der größten Wichtigkeit.



psychischen Störungen, die in dem weiten Rahmen der Dementia praecox untergebracht werden konnten, fand sich Schutzferment sowohl gegen Schilddrüse wie gegen Hirnrinde. Das gleichzeitige Vorhandensein von Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen fand ich bei diesen gröberen Veränderungen der Schilddrüse, soweit ich daraufhin untersuchen konnte, nicht. Mangel an Organen und die selbstverständliche Rücksicht auf die Kranken brachten es mit sich, daß ich nicht jeden einzelnen Fall so nach allen Richtungen hin serologisch untersuchen konnte, wie ich es gerne gewünscht hätte. Daß bei nachgewiesenem Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen manchmal auch gleichzeitig Schutzferment gegen Schilddrüse — und zwar ohne oder bei nur geringer Vergrößerung derselben — sich vorfand, habe ich oben bereits erwähnt. Auf das ganze Schilddrüsen- und *Basedow*-problem hier einzugehen, muß ich mir versagen.

Von besonderer Wichtigkeit erschien mir dann

III. Die progressive Paralyse. — Mit verschwindenden Ausnahmen erhielt ich hier stets Schutzferment gegen Rinde. Anfangs war ich geneigt, dies für alle Fälle ausnahmlos anzunehmen, und als ich dann später bei vorgeschrittenen Fällen von Paralyse ein oder zweimal kein Schutzferment gegen Rinde vorfand, vermutete ich, die Kranken seien vielleicht infolge zu weit vorgeschrittener Kachexie nicht mehr imstande, Schutzferment zu produzieren (vgl. Tuberkulose!). Ich habe aber doch späterhin dann und wann einen Fall gesehen, wo mir diese Hypothese nicht ganz auszureichen scheint. Es wäre ja möglich, daß hier mitunter ein Versuchsfehler vorliegt, indem etwa das betreffende Rindenstück nicht ausreichend entfettet war, aber vielleicht müssen wir doch auch für die Paralyse annehmen, daß die Rindendysfunktion eine diskontinuierliche ist. In der (zentrifugierten) Spinalflüssigkeit von Paralytikern habe ich bis jetzt niemals Schutzferment gegen Rinde nachweisen können [1]).

Besonders wichtig erschien es mir für die *Kraepelin*sche Auffassung der Paralyse als einer Erkrankung des Gesamtkörpers, auch

---

[1]) Es ist natürlich durchaus falsch, wenn daraus der Schluß gezogen wird, daß dann in der Spinalflüssigkeit sich kein ungenügend oder falsch abgebautes Rindeneiweiß befinden dürfte; dieser Schluß wäre nur dann berechtigt, wenn auch der Spinalflüssigkeit die Fähigkeit der Schutzfermentproduktion zugeschrieben werden könnte.



nach dem Vorhandensein noch anderer Schutzfermente zu suchen. In der Tat fand ich einige Male auch Schutzferment gegen Niere, auch gegen Leber. Der Nachweis von mehreren Schutzfermenten im Blut der Paralytiker steht ja mit der Auffassung der Paralyse als einer Erkrankung des Gesamtkörpers völlig im Einklang; wir werden also die Dysfunktion der Rinde, der Niere und evtl. noch anderer Organe bei der Paralyse als einander koordiniert, nicht (oder jedenfalls nur nebenbei) als gegenseitig durcheinander bedingt, annehmen müssen. — In Konsequenz meiner obigen Darlegungen bei der Dementia praecox wäre also die Dysfunktion der Rinde und evtl. noch anderer Organe bei der Paralyse ebenfalls eine sekundäre, und wir müssen uns fragen, wo denn hier, bei der Paralyse, das „primum nocens" liegt, das wir bei der Dementia praecox in den Geschlechtsdrüsen, ev. auch der Schilddrüse, gefunden haben. Ich möchte die Vermutung aussprechen, daß an Stelle des in die Blutbahn eingedrungenen Keimdrüseneiweißes, wie wir es bei der Dementia praecox annehmen, nunmehr hier, bei der Paralyse, das in die Blutbahn eingedrungene Spirochäteneiweiß zu setzen ist; die weitere Frage aber, ob wir ähnlich wie bei der Dementia praecox Schutzferment gegen Keimdrüsen, nunmehr bei der vollentwickelten Paralyse Schutzferment gegen Spirochäteneiweiß finden würden, hängt von der anderen Frage ab, ob denn die Paralytiker und die andern Metaluiker überhaupt noch Spirochätenträger sind. Die Ätiologie der Paralyse, der ganze klinische Verlauf, der histologische und auch der serologische Befund sowohl mittels des *Wassermann*schen Verfahrens der Komplementbindungsmethode wie mittels der *Abderhalden*schen Dialysiermethode lassen diese Annahme als möglich erscheinen, zwingen aber nicht dazu. Ich habe bereits in meiner ersten Veröffentlichung folgenden „kühnen Hypothesenbau" aufzustellen gewagt: wir sehen, daß das koagulierte Hirnrindeneiweiß in der Dialysierhülse von dem den Paralytikern entnommenen Blut (Serum) abgebaut wird. Warum soll nicht auch das Blut des lebenden Paralytikers resp. das darin kreisende Schutzferment den Versuch machen, auch die lebende Hirnrinde abzubauen? Es ist ja freilich fraglich, ob dem Ferment dieser Angriff gelingen wird, denn das lebende Gehirn verfügt ja im Unterschied zu den toten Gehirnstückchen in der Dialysierhülse über mehrfache Schutzwaffen, insbesondere über be-



wegliche Schutztruppen, die Infiltrationszellen, und über das Gliagewebe: wäre es nun nicht denkbar, einen Teil der pathologisch-histologischen Veränderungen bei der Metalues (Infiltration der adventitiellen Lymphscheiden mit Plasmazellen und Lymphozyten, Gliawucherung) als die histologische Abwehrmaßregel des Nervensystems gegen den versuchten (sekundären) fermentativen Abbau aufzufassen? Reicht diese histologische Schutzwehr nicht vollständig aus, wird also die Gehirnsubstanz tatsächlich (sekundär) im lebenden Körper pathologisch abgebaut — das geschieht ja faktisch auch zum Teil —, so ist folgendes möglich: es gelangt infolge dieses sekundären, durch das Ferment bewirkten Abbaus, der natürlich kein vollständiger zu sein braucht, unvollständig oder falsch abgebaute, also blutfremde Nervensubstanz in die Blutbahn und führt zur Produktion von neuem, das bereits vorhandene verstärkendem Ferment. Sobald dieser Prozeß im Gang ist, hätten wir es dann mit einem kontinuierlichen Gehirnabbau — samt histologischer Abwehr — zu tun, der auch dann automatisch weiter wirkte, wenn die Weiterproduktion des zuerst gebildeten Ferments infolge mangelnder Spirochäten aufhörte; damit könnte der „progressive" Charakter der Gehirn- und Rückenmarksparalyse und ihre Nichtbeeinflußbarkeit durch die übliche Therapie zusammenhängen; auch die lange Inkubationszeit der metaluischen Prozesse, das Positivwerden der Wa. R. in der Spinalflüssigkeit zugleich mit dem Auftreten des metaluischen Prozesses fänden innerhalb dieser Hypothese ihren Platz [1]).

M. H.! Entschuldigen Sie diese Abschweifung von meinem Thema, das Ihnen ja serologische Befunde und nicht Hypothesen über die Entstehung pathologisch-histologischer Befunde zu bieten versprach. Aber da wir uns an der psychiatrischen Wirkungsstätte

[1]) Näheres hierüber und über die Hypothese der „Metaprozesse" überhaupt vgl. meine früheren Arbeiten. Ich bemerke hier, daß ich den vorliegenden Passus (wie auch einige andere kleinere Abschnitte) wegen der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit in Breslau nicht zum Vortrag bringen konnte. Wie ich schon in meiner ersten Veröffentlichung hervorhob, behaupte ich von dieser Hypothese wie von einigen anderen nicht, „daß sie vollständig richtig sind", sondern nur, „daß sie nicht absurd sind und gewisse Vorgänge einigermaßen zu erklären vermöchten"; die Kompetenz zu ihrer Beurteilung liegt bei den physiologisch denkenden pathologischen Histologen.



*Alzheimer*s befinden, dem wir neben *Nissl* die größte Förderung unserer Kenntnisse in der pathologischen Histologie der Hirnrinde verdanken, und den ich selbst mit Stolz auch als meinen Lehrer bezeichnen darf, wollte ich die Gelegenheit zu einem Exkurs auf das pathologisch-histologische Gebiet nicht unbenützt lassen.

Im Unterschied nun zu den genannten Befunden fand ich bei

IV. den sog. rein funktionellen Psychosen (man.-depr., hysterisches Irresein, einfach psychopathische Zustände usw.) bis jetzt niemals Schutzferment gegen Hirnrinde. Daraus folgert natürlich noch keineswegs, daß es sich nicht auch bei diesen Psychosen um Rindenvergiftung handelte; mir persönlich ist dies sogar das Wahrscheinliche. Soweit das Fehlen des Schutzferments gegen Rinde in Betracht kommt, folgt aus dem negativen Befund nur, daß hier keine gröbere, mittels des Dialysierverfahrens nachweisbare Dysfunktion der Rinde vorliegt. Immerhin stimmt das Fehlen mindestens einer gröberen Dysfunktion der Hirnrinde bei diesen rein funktionellen Psychosen ja vollständig mit unseren klinischen Anschauungen überein. Auch daß hier kein Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse gefunden wurde, beweist nur, daß hier regelmäßig keine gröbere Dysfunktion von dieser Seite vorliegt. Selbstverständlich müssen hier noch alle anderen Drüsen der inneren Sekretion, überhaupt tunlichst alle Organe des Körpers, durchgeprüft werden, ob sich nicht eine Dysfunktion eines dieser Organe als primäre Noxe des manisch-depressiven Irreseins usw. feststellen läßt: ich selbst habe bis jetzt noch Hypophyse, Zirbeldrüse, Muskel, Niere, Leber, Nebenniere (letztere nur in ganz wenigen Fällen!) daraufhin geprüft und im Blute dieser Kranken kein Schutzferment dagegen nachweisen können. Auch die Möglichkeit ist sehr zu erwägen, daß es sich bei diesen funktionellen Psychosen lediglich um eine übermäßige oder ungenügende Abgabe eines normalen Sekrets in das Blut und von da gegen das Hirn — also um einen Exzeß hinsichtlich der Quantität (Hyper- resp. Hypofunktion), nicht hinsichtlich der Qualität — handeln könnte, wobei es dann zu keinem Schutzferment zu kommen braucht. Weitere Untersuchungen sind auch hier sehr notwendig.

Daran will ich hier nochmals erinnern, was ich bereits oben aus-



führte, daß in einigen Fällen, wo wir zweifelhaft waren, ob man.-depr. Irresein oder Dementia praecox vorliege, oder wo wir klinisch man.-depr. Irresein annehmen zu sollen glaubten, die serologische Untersuchung uns Sicherheit resp. eine Korrektur der klinischen Diagnose brachte — was wir klinisch aus genauen Nachuntersuchungen, Anamnesenerhebungen und dem weiteren Verlauf feststellen konnten. — Neben dem neugewonnenen Einblick in die Pathogenese der Dementia praecox erscheint mir die Aussicht auf die serologische Differenzialdiagnose zwischen Dementia praecox und man.-depr. Irresein besonders wertvoll.

V. Von weiteren zur Untersuchung gelangten Psychosen kann ich noch erwähnen, daß ich bei epileptischen und alkoholischen Geistesstörungen in einigen schwereren Fällen Schutzferment gegen Rinde finden konnte[1]). Einige Male fand ich bei chronischen Alkoholikern mit Leberschwellung Schutzferment gegen Leber; es wäre zu erwägen, ob auf die Entstehung der sogen. alkoholischen Leberzirrhose, für die *v. Baumgarten*[2]) die direkte alkoholische Ätiologie abgelehnt hat, nicht von hier aus ein Licht fallen könnte, vielleicht analog der oben aufgestellten Hypothese über die Histologie der Paralyse. Daß ich bei Paralytikern (mit Albuminurie) mitunter Schutzferment gegen Niere gefunden habe, habe ich oben bereits erwähnt; es würde sich verlohnen, die Ätiologie mancher chronischer Nierenentzündungen, des urämischen Anfalls (anaphylaktischer Shok?) unter diesen Gesichtspunkten einer Revision zu unterziehen. Interessant und für die Theorie der Agone wichtig erscheint mir die Tatsache, daß ich einige Male im Blut, das Menschen in der Agone (etwa zum Zweck eines letzten Rettungsversuchs, zur Erleichterung der Herz- und

[1]) Von einer erheblichen Förderung der Pathogenese der Epilepsie durch diese Befunde dürfte erst dann gesprochen werden, wenn auch für sie das primum nocens in obigem Sinne serologisch gefunden oder wenigstens wahrscheinlich gemacht worden ist. Vielleicht ließe sich hier wie bei andren nervösen Störungen aus einer differenten Reaktion differenter Hirnteile ein lokalisatorischer Hinweis auf die erkrankte Hirnpartie gewinnen.

[2]) Über die durch Alkohol hervorzurufenden pathologisch-histologischen Veränderungen. Verhandlungen der Deutschen pathologischen Gesellschaft 1907.



Atmungstätigkeit) entnommen war, Schutzferment gegen zahlreiche Organe, Hirnrinde, Muskel, Niere, Leber gefunden habe. Selbstverständlich wurden auch immer wieder von Zeit zu Zeit zur Kontrolle Untersuchungen mit Seris von Gesunden vorgenommen. Wo dies nicht geschah resp. gerade nicht möglich war, wurde diesem Bedürfnis durch die Versuchsanordnung Rechnung getragen, indem ich in der betreffenden Versuchsreihe Organe resp. Sera gleichzeitig solchen Seris resp. Organen aussetzte, bei denen ein Abbau zu erwarten war, wie solchen, bei denen kein Abbau zu erwarten war. Das konnte ich natürlich erst dann tun, als ich einen gewissen Einblick in das vor meinen Augen erstehende neue Gebäude gewonnen hatte.

M. H.! Ich bin am Schluß. Ich könnte Ihnen ja noch von manchen interessanten Einzelheiten berichten, aber es würde zu weit führen, und die Arbeit wäre dann doch noch nicht vollendet, denn wir stehen erst am Beginn der Sache, allerdings, wie ich glaube, einer neuen und wichtigen Sache. Wenn die Psychiatrie, wie ich hoffe, aus meinen Befunden und Gedankengängen neue Impulse und Anschauungen gewinnt, wenn eine künftige pathologische Serologie der Psychosen in Verbindung mit der pathologischen Histologie des Gehirns die Grenzen der körperlichen Betrachtungsweise der geistigen Störungen erweitert, so wollen wir nicht vergessen, daß wir dieses Neuland in erster Linie *Abderhalden* zu verdanken haben, der in jahrelangem, zielbewußtem Arbeiten die neuen physiologischen Anschauungen und Methoden uns geschenkt hat.

Heilversuche mit Tuberkulininjektionen bei Dementia praecox.

Von

Dr. **Treiber**, Anstaltsarzt in Landsberg a. W.

Die ältere und neuere Literatur berichtet über zahlreiche Fälle, in denen interkurrente fieberhafte Erkrankungen oder langdauernde Eiterungen einen günstigen Einfluß auf die verschiedensten Psychosen ausübten. Es lag daher nahe, diese von der Natur vorgemachten Experimente nachzuahmen und auf künstlichem Wege Fieber und Eiterung zu erzeugen.

In früherer Zeit versuchte man dies mittels des Haarseiles und durch Einreibungen von Tartarus stibiatus-Salbe auf die Kopfhaut zu erreichen. Später wurden die Versuche mit weniger gefährlichen Mitteln angestellt.

Wagner v. Jauregg gelangte bei seinen Untersuchungen über die Ursache der günstigen Einwirkung jener interkurrenten Krankheiten auf Psychosen zu der Annahme, daß dem Fieber als solchem wohl eine besondere Rolle zufalle. Er schlug deshalb vor, die Kranken mit fiebererzeugenden, im übrigen aber unschädlichen Substanzen zu behandeln, und wählte zu diesem Zwecke abgetötete Pyozyaneuskulturen und Tuberkulin.

Einen anderen Standpunkt nimmt *Fischer* ein. Er meint, daß wir nicht in dem Fieber allein und als solchem das wirksame Agens zu erblicken hätten, sondern hauptsächlich in einer Vermehrung der Leukozyten, denen mit guten Gründen eine große Rolle bei manchen Reparations- und Entgiftungsvorgängen zugeschrieben werde. Zur Erzeugung einer kräftigen Hyperleukozytose injizierte *Fischer* das Natrium nucleinicum.

Diese Versuche, durch künstliche Erzeugung von Fieber und Hyperleukozytose Psychosen therapeutisch zu beeinflussen, wurden bisher fast ausschließlich bei Paralytikern angestellt. Nur zwei Autoren benützten, soweit ich wenigstens die Literatur übersehen kann, dieses Verfahren bei der Behandlung der Dementia praecox, und beide injizierten Natrium nucleinicum.



Lépine[1]) sah unter 13 Fällen von Schizophrenie 4 durch die Injektionen leicht gebessert, während 9 vollständig unbeeinflußt blieben. Auf der Höhe des Fiebers will *Lépine* fast immer eine kleine Änderung im günstigen Sinne beobachtet haben. Die Luzidität werde etwas größer, die Kranken seien lebhafter, böten Zeichen einer angeregteren Geistestätigkeit. Seine Mißerfolge schiebt *Lépine* auf Art und Alter der Krankheit. Auch *Itten*[1]) hat mit der gleichen Behandlungsweise keine günstigen Resultate bei Dementia praecox zu verzeichnen. In keinem seiner 9 Fälle wurde Heilung oder dauernde Besserung erzielt.

Über die Anwendung der Tuberkulinkur bei Dementia praecox konnte ich in der Literatur nur eine Mitteilung von *Pilcz*[2]) finden. Als kasuistische Kuriosität teilt er einen Fall von typischer Katatonie mit, der sich im Laufe einer systematischen Tuberkulinbehandlung zusehends besserte und schließlich zur Heilung kam. Wenn *Pilcz* auch nicht verkennt, daß bei der katatonen Form der Dementia praecox spontane Remissionen und sogar Heilungen nicht selten sind, so ist doch die überraschend schnell im Anschluß an die Injektionskur auftretende Besserung eines lange Zeit stationär gebliebenen Falles bemerkenswert, und obwohl in zwei weiteren Fällen von katatonem Stupor und einfacher Dementia praecox durch das Verfahren nicht der geringste Erfolg erzielt werden konnte, so schien es doch wünschenswert, weitere Versuche in dieser Richtung anzustellen.

An der hiesigen Anstalt habe ich nun seit März 1911 Tuberkulinkuren bei einer Reihe von Schizophrenen vorgenommen, über die ich kurz berichten möchte.

Da die Dementia praecox, namentlich deren katatone Form, besonders häufig mit Tuberkulose vergesellschaftet vorkommt, muß man bei Anwendung der Tuberkulininjektionen die äußerste Vorsicht walten lassen. Vor Beginn der Kur ist deshalb mit allen Mitteln danach zu streben, das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes zu eruieren. Außer den physikalischen Untersuchungsmethoden, die bei den oft widerstrebenden Kranken nur allzuhäufig ganz unsichere Resultate liefern, sind in erster Linie die diagnostischen Tuberkulinreaktionen heranzuziehen. Anfangs benutzte ich die perkutane, konjunktivale und kutane Reaktion, später nur noch die subkutane Tuberkulinprobe in der üblichen Weise. Erst wenn diese Reaktionen negativ ausfielen, konnten die fiebererzeugenden Dosen injiziert werden.

[1]) *W. Itten:* Heilversuche mit Nucleininjektionen bei Schizophrenie, (Zeitschrift f. d. ges. Psychiatrie u. Neurologie 1911, Bd. 7.

[2]) *Pilcz:* Znr Tuberkulinbehandlung der Paralytiker. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift 1909, Nr. 45.



Die Tuberkulinkur wurde nach der von der Wiener Schule ausgearbeiteten Methode ausgeführt. Es wurde eine Lösung hergestellt. die auf n Teile Alttuberkulin 4 n Teile Glyzerin und 5 n Teile vor der Benützung sterilisiertes Aqua dest. enthielt. Die Temperaturmessung geschah nur am Tage und zwar dreistündlich.

Die Injektionen wurden jeden zweiten Tag gemacht. Begonnen wurde mit 0,01 bzw. 0,02 Tuberkulin. Die Steigerung erfolgte je nach Ausfall der Reaktion um 0,01—0,05. Die Höchstdosis war 0,5. Aus äußeren Gründen konnten nur Frauen der Kur unterzogen werden.

Im folgenden seien in Kürze die Krankengeschichten der mit Tuberkulin Behandelten gegeben.

Fall I. B. Anna, 27 Jahre alt, keine erbliche Belastung. Als Kind etwas stumpf, lernte aber gut. Erkrankt mit 21 Jahren, 1905. Wurde still und schweigsam, schlief viel, sprach schließlich überhaupt nichts mehr, lag starr im Bett, ließ unter sich, machte einen Suizidversuch. 22. XII. 09. Aufnahme in die hiesige Anstalt. Hier das gleiche Verhalten: liegt regunglos auf dem Rücken, läßt den Speichel aus dem Munde fließen, mutazistisch, negativistisch, muß mit der Schlundsonde ernährt werden. Später zeitweise unruhiger, rutscht auf dem Fußboden herum, drängt sinnlos nach der Tür.

10. III. 11. Beginn der Tuberkulinkur. Die Temperatur stieg bei Dosen von 0,01—0,04 bis 39,6, hielt sich bei 0,07—0,23 zwischen 37,2 und 38,5, schnellte bei 0,28 und 0,33 bis 40,6 bzw. 40,0 in die Höhe, erreichte bei 0,38 und 0,43 38,5, bei 0,48 nur noch 37,5, um sich bei der letzten Injektion von 0,5 am 4. IV. überhaupt nicht mehr über die Norm zu erheben. Das körperliche Befinden änderte sich während der Kur nicht. Die Psychose wurde durch diese in keiner Weise beeinflußt.

Im Januar 1912 trat eine rasch fortschreitende Lungentuberkulose auf, der die Kranke am 19. VII. 1912 erlag.

Bei der Sektion fand sich der rechte Unterlappen mit hirsekorngroßen Knötchen übersät. Die linke Spitze enthielt zwei etwa wallnußgroße Kavernen. —

Fall II. P., Elise, 30 Jahre. Erblich belastet. In der Schule gut gelernt. Stets etwas hitzig und eigensinnig. Erkrankt mit 24 Jahren 1905: Klagen, der Kopf sei hohl, aus der Nase käme Rauch, sie habe gesündigt. Depressive Stimmung, Schlaflosigkeit. Nach sechswöchigem Landaufenthalte klar und ruhig wie früher. Sommer 1910 erneute Erkrankung. Mutazismus und Negativismus wechseln mit verbigeratorischer Erregung. Häufig unsauber; mehrmals Nahrungsverweigerung.

10. X. 10. Aufnahme in die Anstalt. Hier maskenartiger Gesichtsausdruck, ausgesprochene Hemmung, Mutazismus, Negativismus, Kata-



lepsie, Unsauberkeit, Speicheln; gegen Besuche der Angehörigen vollkommen teilnahmlos.

Beginn der Tuberkulinkur am 6. IV. 11. Auf die niederen Dosen stieg das Fieber bis höchstens 38,7, erreichte bei 0,09—0,19 39 und 40°; bei 0,24 und 0,29 nur 38°, um bei den höchsten Dosen wieder bis 39,5 heraufzugehen. Beendigung der Kur am 24. IV. 11. mit 0,45. Auf das körperliche sowohl wie auf das psychische Befinden hatte die Behandlung nicht den geringsten Einfluß. --

Fall III. Sch., Marie, 26 Jahre alt. Erblich belastet. Kindheit und Entwicklungsjahre ohne Besonderheit. Beginn der Erkrankung mit 25. Jahre im Juli 1910: Verschlossenes Wesen, sprach nichts mehr. Nach einigen Tagen Verwirrtheitszustand; ständiges Wiederholen der gleichen unzusammenhängenden Sätze.

6. IX. 11. Aufnahme in die Anstalt. Ausgesprochener Negativismus, spricht in klagenden Tönen stets die gleichen kurzen, zusammenhanglosen sätze vor sich hin. Ängstliches, ratloses Wesen, stereotype Bewegungen. Nicht zu fixieren. Zwischendurch tagelang starke Hemmung und schlechte Nahrungsaufnahme.

28. XII. 11. Beginn der Tuberkulinkur. Nur wenige Male stärkere Reaktionen bis höchstens 38,9°. Sonst entweder kein Fieber oder eine geringe Temperatursteigerung bis höchstens 37,8°. Beendigung der Kur am 21. I. 12 mit 0,44. Auch hier keinerlei Einwirkung auf psychischem und körperlichem Gebiete.

Seit Dezember 1912 langsam fortschreitendes mit leichtem Fieber verbundenes Lungenleiden, wohl tuberkulöser Natur. —

Fall IV. A., Anna, 20 Jahre. Keine erbliche Belastung. Körperliche und geistige Entwicklung normal. Plötzlich erkrankt mit 19 Jahren im Juni 1911. Arbeitsunlustig, bösartig gegen Umgebung, unordentlich in der Kleidung, erotisch, verwirrt, unruhig, lebhaftes Gestikulieren, Verbigerieren.

4. VIII. 11. Aufnahme in die Anstalt. Läppisches Wesen, ausgeprägter Negativismus, ständiges Grimassieren, starke motorische Unruhe, sinnlose Reimereien, Verbigerieren, unsauber. Nach kurzer Zeit typischer katatoner Stupor.

28. XII. 11. Beginn der Tuberkulinkur. Im allgemeinen schwache und mittlere Reaktionen bis 37,5 bzw. 38,5°. Nur viermal ging die Temperaratur bis bzw. etwas über 39.0°. Die höchsten Dosen konnten überhaupt kein Fieber auslösen. Zweimal wurde in der Umgebung der Injekjektionsstelle eine leichte, wieder rasch verschwindende entzündliche Rötung beobachtet.

Beendigung der Kur am 23. I. 12 mit 0,47. An Körpergewicht nahm die Kranke während der Kur 1,5 kg. zu. Auf das psychische Befinden aber blieb die Behandlung ohne jeglichen Einfluß. —



Fall V. L., Marie, 26 Jahre. Über Vorleben nichts bekannt. Erkrankt mit 25 Jahren im März 1911. Unzusammenhängendes Reden, große Unruhe, Angst, Gesichtshalluzinationen, schlechter Schlaf, Unsauberkeit in der Wirtschaft, unordentlich. Mehrere Versuche aus dem Fenster zu springen.

6. IV. 11. Aufnahme in die Anstalt. Hier heitere Verstimmung, starke Unruhe, großer Rededrang, Ideenflucht, Personenverkennung, Gesichtshalluzinationen, Vergiftungsideen, Unsauberkeit. In der nächsten Zeit wird die Kranke immer verworrener, nimmt allerlei absonderliche Körperhaltungen ein, zeigt Stereotypien, wird zerstörungslustig, zwischendurch Zustände von großer Angst.

16. X. 12. Beginn der Tuberkulinkur. Auf 0,02 und 0,05 Temperatursteigerungen bis 38,5°. Auf 0,1—0,15 solche bis 39,9°. Die Kranke wird zwar etwas ruhiger, verfällt aber sehr rasch bei geringer Nahrungsaufnahme, ohne daß die Untersuchung etwas Krankhaftes ergeben hätte. Die Kur mußte wegen des besorgniserregenden Allgemeinbefindens bei 0,15 am 23. X. 12 abgebrochen werden. Im Anschluß an die letzte Injektion war eine rasch abheilende entzündliche Rötung und Schwellung des rechten Vorderarmes aufgetreten. Nach Aussetzen des Tuberkulins erholte sich Pat. rasch wieder, gleichzeitig setzte aber die alte Unruhe und Verworrenheit von neuem ein. —

Fall VI. K., Helene, 26 Jahre. Erblich belastet. Körperlich und geistig normal entwickelt. Nachdem Pat. seit 4 Jahren oft traurig gestimmt war, erkrankte sie mit 22 Jahren Anfang Oktober 1908 mit Versündigungsideen und Gehörshalluzinationen, kam deshalb am 20. X. 08 in die Charité und von da am 3. XI. 08 nach Buch. Hier anfangs deprimiert, später stumpf, leicht erregbar, unsauber.

10. V. 10 ungeheilt entlassen; verrichtete bis Weihnachten 1911 bei der Mutter leichte Arbeiten. Dann wurde sie grob, aggressiv, schlief schlecht, hatte keine Lust zur Arbeit, Sinnestäuschungen und Wahnideen traten auf. Mehrere Suizidversuche.

20. VII. 12. Aufnahme in die hiesige Anstalt. Hier unruhig, wird gewalttätig, spricht einzelne Worte ohne Beziehung zu Fragen oder Vorgängen in der Umgebung, zeigt ein geziertes Wesen; Befehlsautomatie; grimassiert stark, näßt ein.

17. X. 12. Beginn der Tuberkulinkur. Im allgemeinen keine oder nur schwache Reaktionen bis 37,5. Nur bei 0,05 und 0,3 wird 38° erreicht. Zweimal trat in der Umgebung der Injektionsstelle leichte und rasch verschwindende entzündliche Rötung auf.

Beendigung der Kur am 6. XI. 12 mit 0,5.

Das Körpergewicht nahm um 1 kg zu.

Im Verlaufe der Behandlung wurde die Kranke ruhiger und zeitweise wenigstens geordneter. Nach Beendigung der Kur machte die

Besserung noch weitere Fortschritte. Pat. stand auf und beschäftigte sich, behielt aber ein geziertes und läppisches Wesen bei.

Mitte Dezember 1912 erkrankte Pat. an Scharlach, der normal verlief. Die Kranke wurde dabei allmählich immer klarer und geordneter, bekam Krankheitseinsicht, bot aber in ihrem Wesen noch etwas Kindliches.

Die Entlassung ist in Aussicht genommen. —

Fall VII. F., Susanne, 24 Jahre. Keine erbliche Belastung. In der Schule schlecht gelernt. Plötzlich erkrankt im Februar 1912: Erregungszustände, wirres Sprechen, Verfolgungsideen, Selbstmordgedanken.

16. II. 12. Aufnahme in Herzberge. Hier zeitweise erregt, läppisches Wesen, Grimmassieren, Wortsalat.

25. X. 12. Nach der hiesigen Anstalt überführt. Das gleiche läppische Wesen, lebhaftes Grimassieren, ideenflüchtiges Reden, gezierte Sprechweise, starker Bewegungsdrang, Gehörs- und Gefühlstäuschungen, Teilnahmlosigkeit gegen die Angehörigen.

Beginn der Tuberkulinkur am 26. X. 12. Keine nennenswerte Reaktion, Höchsttemperatur 37,7°.

Beendigung der Kur am 12. XI. 12. mit 0,5.

Das Körpergewicht steigt während der Behandlung um 1,5 kg; auf die Psychose hatte diese keinen Einfluß. —

Fall VIII. D., Luise, 41 Jahre. Über erbliche Belastung und Vorleben nichts bekannt. Erkrankt mit 41 Jahren im Juli 1912; schloß sich ab, lärmte Tag und Nacht.

5. VIII. 12. Aufnahme in die Anstalt. Großer Rededrang. Inhalt des Gesprochenen vollständig verworren; Bewegungsdrang, Stereotypien, Verbigerationen, Grimassieren, Personenverkennung, Unsauberkeit. Zeitweise starke Hemmung mit Nahrungsverweigerung.

Beginn der Tuberkulinkur 14. XI. 12. Temperatur überschreitet bereits bei den Anfangsdosen 39°, erreicht bei 0,06—0,075 40 bzw. 40,5°. Dabei wird die Kranke ruhiger, braucht keine Beruhigungsmittel mehr, gibt vereinzelte sinngemäße Antworten. Aber Aussehen und Nahrungsaufnahme werden schlechter, es tritt Husten auf, so daß die Kur mit 0,075 am 24. XI. abgebrochen werden muß. In den nächsten Tagen entwickelte sich über den linken unteren Lungenpartien eine bis zum Angulus scapulae reichende Dämpfung mit Bronchialatmen und Rasseln, während das Fieber intermittierenden Charakter annahm. Die Lungenerscheinungen bildeten sich unter Besserung des Allgemeinbefindens rasch zurück. Damit trat zugleich die alte Unruhe wieder auf, wie sie vor der Tuberkulinbehandlung bestanden hat. —

Fall IX. G., Frieda, 19 Jahre. Keine erbliche Belastung. In der Schule gut gelernt. Plötzlich erkrankt mit 18 Jahren im August 1911: große Unruhe, unmotiviertes Lachen, Tanzen und Entkleiden auf der Straße.



22. IX. 11. Aufnahme in die Anstalt. Sehr unruhig, läppisches, erotisches Wesen, verworrenes Reden, gezierte Sprechweise. Die Erregung wird anfänglich durch Stunde und Tage andauernde stuporöse Zustände unterbrochen. Anfang April 1912 setzt ein typischer katatoner Stupor ein mit schlechter Nahrungsaufnahme.

Beginn der Tuberkulinkur am 12. IV. 12. Auf 0,01 nur schwache Reaktion, auf 0,04 steigt die Temperatur bis 38,4, auf 0,06 bis 39,3°. Die Kur muß hier abgebrochen werden, weil das Aussehen sich bedeutend verschlechterte und die Nahrungsaufnahme vollkommen ausgesetzt wurde. Nach dem Aussetzen besserte sich das Allgemeinbefinden langsam. —

Fall X. H., Marie, 14 Jahre alt. Keine erbliche Belastung. Gute körperliche und geistige Entwicklung. Mitte September 1912 Stimmungswechsel, sehr lebhaft. Nach kurzer Beruhigung Ende November sehr aufgeregt, Jammern, Schimpfen, Gehörstäuschungen, Nahrungsverweigerung.

28. XI. 12. Aufnahme in die Anstalt. Läppisches, gespreiztes Wesen, Grimassieren; sehr unruhig, Vergiftungsideen, Personenverkennung, ausgesprochener Negativismus.

7. XII. 12. Beginn der Tuberkulinkur. Auf 0,03 starke Reaktion, Fieber bis 39,2° gestiegen, in den nächsten Tagen nicht wie sonst abklingend, so daß die Injektionen zunächst ausgesetzt werden. Am 13. XII. bricht beiderseits im Bereiche des III. Astes Nervi trigemini Herpes zoster aus, der sich am nächsten Tage unter hohem Fieber auf die II. Äste ausbreitet, dann aber unter lytischem Temperaturabfall rasch zur Heilung kommt.

Am 20. XII. wird die Tuberkulinbehandlung fortgesetzt und am 12. I. 13 mit 0,49 beendet. Nur noch einmal war die Temperatur auf 38,6° gestiegen, sonst hat sie 37,6° nicht mehr überschritten.

Körperlich und psychisch blieb die Kranke unter dem Einfluß der Behandlung unverändert. —

Fall XI. R., Maria, 23 Jahre. Keine erbliche Belastung. Normale körperliche und geistige Entwicklung. Krankheitsbeginn Mitte Oktober 1912: Kopfschmerzen, zurückgezogenes Wesen. Anfang November Gehörstäuschungen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Unruhe wechselnd mit Apathie.

7. XII. 12. Aufnahme in die Anstalt. Ängstliches, gehemmtes Wesen. Negativismus, gibt nur wenig Auskunft, sie sei die Königin Elisabeth, das Königskind, ihr Vater sei Kaiser Franz Joseph, die Mutter Kaiserin Elisabeth, im Alter von 3 Jahren sei sie geraubt worden. Steht viel in starrer Haltung neben dem Bette, näßt ein. Zwischendurch plötzliche, rasch vorübergehende Erregungszustände.

Beginn der Tuberkulinkur 18. II. 13. Anfangs sehr gute Reaktionen bis 39,5°, allmählich werden sie schwächer. Bei Dosen von 0,24 ab wird 37,5° nicht mehr überschritten. Ende der Kur am 8. III. 13 mit 0,48. Körperlich und psychisch ohne jede Veränderung. —

Fassen wir kurz die Ergebnisse unserer Heilversuche mit Tuberkulininjektionen bei Schizophrenen zusammen, so finden wir: In den Fällen 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11 blieb die Tuberkulinkur ohne jeglichen Einfluß auf das psychische Befinden.

In den Fällen 5 und 8 trat bei sehr guter Reaktion eine merkliche Beruhigung der vorher sehr erregten Kranken ein. Da beide Male die Kur sehr bald abgebrochen werden mußte, läßt sich ein endgültiges Urteil über deren Wert bei den betreffenden Patienten nicht fällen.

Im Falle 6 zeigte sich im Verlaufe sowohl wie im unmittelbaren Anschluß an die Behandlung eine wesentliche Besserung, die durch eine interkurrente Scharlachinfektion noch weiterhin gefördert wurde.

Ob diese Besserung der Tuberkulinkur zuzuschreiben ist, läßt sich schwer sagen; denn gerade in diesem Falle konnte durch die Injektionen nur eine sehr mäßige Hyperthermie erzeugt werden. Die Temperatur hielt sich im ganzen zwischen 37 und 37,5 und erreichte nur zweimal 38. Es könnte also recht gut angenommen werden, daß wir es hier mit einer der auch sonst ohne jegliche Behandlung auftretenden Remissionen zu tun haben.

Während bei den meisten Kranken das körperliche Befinden durch die Kur nicht weiter alteriert wurde, sehen wir doch 3 Fälle durch die Injektionen ungünstig beeinflußt.

In den Fällen 5 und 9 mußte die Behandlung sehr bald ausgesetzt werden, weil das Allgemeinbefinden sich wesentlich verschlechterte und die Nahrungsaufnahme sehr gering wurde. Irgend etwas Krankhaftes konnte nicht wahrgenommen ewerden. Im Falle 8 entwickelte sich im Anschluß an die Injektionen ein pneumonischer Lungenprozeß, wohl tuberkulöser Natur. Es ist wohl auzunehmen, daß ein latenter tuberkulöser Herd durch die Behandlung zum Aufflackern gebracht wurde.

Alle 3 Fälle wurden nach Aussetzen des Mittels rasch wieder gebessert.

In zwei Fällen (1 und 3) entwickelten sich 9 bzw. 11 Monate nach Beendigung der Kur tuberkulöse Lungenprozesse, ohne daß in der Zwischenzeit sich irgendwelche auf Tuberkulose verdächtige Erscheinungen gezeigt hätten.

Es ist deshalb kaum wahrscheinlich, daß die Kur mit dem Ausbruche der Krankheit in ursächlichem Zusammenhang steht.

Unter elf mit Tuberkulin behandelten Fällen von Dementia praecox findet sich also keiner, der einwandfrei für eine günstige Beeinflussung der Krankheit durch die Injektionen spräche. Immerhin ist unser Material noch zu klein, um ein definitives Urteil über den Wert der Behandlungsweise abzugeben.

Jedenfalls aber mahnen unsere Beobachtungen zur äußersten Vorsicht bei der Anwendung des Tuberkulins bei Schizophrenen.



Psychiatrie und Fürsorgeerziehung.[1])

Von

Oberarzt Dr. **Mönkemöller**, Hildesheim.

Wie tief die geistige Minderwertigkeit in die Fürsorgeerziehung hineinragt, davon haben sich mit der Zeit alle Gewalten überzeugen müssen, die an der Lösung dieser verantwortungsvollen Aufgabe mitarbeiten. Wie groß der Prozentsatz der geistigen Unzulänglichkeit ist, der hier seine Berücksichtigung erheischt, darüber ist auch durch die neueren Untersuchungen keine volle Klarheit geschaffen worden und konnte es auch nach der ganzen Natur der Sache überhaupt gar nicht. Wenn wir im Durchschnitt ungefähr 50 % der Zöglinge als psychisch nicht einwandfrei bezeichnen, so ist das eine Zahl, bei der wir alle Mängel der Untersuchungstechnik in Rechnung setzen müssen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß auch die übrigen 50 % der „Normalen" von der Symptomatologie der Psychopathie in ihrem Anstaltsleben gelegentlich recht kräftig Gebrauch machen. Dazu fällt für die Gesamtbeurteilung erschwerend ins Gewicht, daß zwischen den Schulpflichtigen und den Schulentlassenen sehr ausgeprägte Unterschiede in der praktischen Beeinflussung des Anstaltslebens bestehen.

Mag man aber den Begriff der geistigen Unzulänglichkeit noch so verschieden fassen, mag man dem Subjektivismus die Verantwortung für die verschiedenartige Beurteilung noch so entschieden zuweisen — die Fürsorgeerziehung muß sich damit abfinden, einen großen Teil ihrer Schutzbefohlenen unter einem Gesichtswinkel anzusehen, der eine wesentliche Abweichung von den gewöhnlichen Erziehungsgrundsätzen darstellt.

Selbst eine ideale Vervollkommnung der Untersuchungsmöglichkeiten, durch die alle die Elemente ausgeschieden werden könnten, die

[1]) Referat, erstattet auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau 1913.

sich für diese Sondererziehung durchaus nicht eignen, wird sie auch in Zukunft nie ganz von den Vertretern der psychischen Minderwertigkeit befreien.

Die Verwahrlosung, die sie nötig macht, entspringt eben zu oft der geistigen Unvollkommenheit. In der Bevölkerung, aus der sich dies Material rekrutiert, wird auch in Zukunft die Degeneration in der verschiedensten Gestalt nicht auszurotten sein. Die Übergangszustände, die man diesem Läuterungsprozesse nicht fernhalten darf, werden immer das Übergewicht behalten.

Die psychische Unzulänglichkeit entzieht sich zudem gelegentlich der einmaligen Feststellung. Sie tritt nicht selten erst im Anstaltsgetriebe nach längerer Zeit zutage. Hier erfährt sie oft eine wesentliche Verschärfung und vor allem eine aktive Ausgestaltung.

So wird es für alle Zeiten ein unabweisbares Gebot bleiben, daß vielen psychischen Kümmerlingen im Reiche der Fürsorgeerziehung selbst zu ihrem psychiatrischen Rechte verholfen werden muß.

Wenn man sich einmal inmitten der praktischen Ausübung dieser Erziehungsform davon überzeugt, in welch empfindlicher Weise sich die krankhafte Veranlagung oft Luft macht, dann drängt sich immer wieder die Frage auf, ob denn nicht dieser ganze Machtbereich dem Psychiater ebenso vorbehalten sein müßte wie Idioten- und Epileptikeranstalten.

Ebenso schnell entäußert man sich aber dieser Ansicht auch bei dem glühendsten Fanatismus für eine gebührende Erweiterung des Tätigkeitsfeldes des Psychiaters, je mehr man sich praktisch mit diesen Fragen beschäftigt.

Die Fürsorgeerziehung bleibt eben ein Erziehungswerk. Zum Erzieher, wenigstens in diesem Sinne, ist der Psychiater nicht berufen.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Fürsorgezöglinge erfreut sich einer normalen Veranlagung, selbst wenn man einen schärferen Maßstab anlegt. Selbst auf die Grenzfälle hat der Irrenarzt keinen vollen Anspruch. Sie fügen sich oft in die Erziehung, ohne sich durch ihre Eigenart selbst im Lichte zu stehen, ohne ihre Umgebung zu stören und ohne vom Ziele der Fürsorgeerziehung abzuirren.

Auch in den Fällen, die dringend eine psychiatrische Behandlung erheischen, ist es nicht damit getan, sie lediglich in eine Irrenanstalt zu überführen. Selbst bei einer vorübergehenden Verlegung dorthin muß man sich klar darüber sein, daß das in der Regel die endgültige Loslösung von der Fürsorgeerziehung bedeutet. Wem einmal das mildere Regime der Irrenanstalt beschert war, der vermag nur selten wieder die rauhere Luft der Fursorgeerziehung zu atmen.

Selbst wenn man die Böcke so weit von den Schafen trennen könnte, daß die Zöglinge, auf die der Irrenarzt seine Hand legen muß, der Fursorgeerziehung entzogen werden, würde noch immer ein übergroßes Material zurückbleiben, in dessen Behandlung sich allgemeine psychiatrische Erwägungen eindrängen. So lange eine solche Scheidung noch gar nicht oder doch nur in ungenügender Weise durchführbar ist, muß es noch mehr die vornehmste Aufgabe der Psychiatrie sein, sich innerhalb des Rahmens der Fürsorgeerziehung so weit Geltung zu verschaffen, daß unsere Psychopathen ungefährdet durch diese schwere Prüfungszeit durchgebracht werden.

Wenn die Vertreter der Fürsorgeerziehung anfangs eine Störung ihres Werkes befürchteten, wenn hier psychiatrische Grundsätze zur Geltung kämen, ist das zu verstehen. An Stelle dieser Besorgnisse ist schon vielfach die Erkenntnis getreten, wie fruchtbringend dieses Eindringen psychiatrischen Geistes für den Erzieher geworden ist. Wenn in den Anfängen dieser Bestrebungen ein oft mehr als passiver Widerstand und kühle Ablehnung die praktische Zusammenarbeit auf diesem Gebiete nicht gerade als den Quell reinster Freude erscheinen ließen, ist jetzt fast bei allen Faktoren, die hier mitwirken, ein erfreuliches Verständnis getreten. Je mehr dem Erzieher die Vorteile dieser Betonung des psychiatrischen Anteils bewußt werden, um so eher wird er die Psychiatrie zu Worte kommen lassen. Sie wird ihr Ziel um so sicherer erreichen, je mehr sie sich bewußt bleibt, daß sich hier die psychiatrischen Ideale, wie auf so manchem Nachbargebiete, nicht restlos verwirklichen lassen. Die Macht der Verhältnisse zwingt uns zu manchem Kompromiß.

Sollen die defekten Elemente hier nicht zu kurz kommen, dann müssen die Erzieher mit den Problemen vertraut gemacht





werden, die ihnen die Psychiatrie stellt. Sie müssen darüber aufgeklärt werden, daß so manches, was ihnen früher als der Ausbund moralischer Verderbtheit erschien, nur ein Symptom geistiger Krankheit ist.

In der psychiatrischen Schulung der Fürsorgeerzieher sind wir über die ersten Anfänge hinaus. Wir sind nicht mehr gezwungen, unsere Propaganda in das Gebiet hineinzutragen. Manche Erzieher sind schon spontan bemüht, auf diesem Gebiete Fuß zu fassen.

Wodurch am meisten praktisch in dieser Unterweisung erreicht wird, das sind die periodischen Untersuchungen der Zöglinge. Hierbei kann die psychiatrische Aussaat in der Anknüpfung an den Einzelfall Leben und Farbe gewinnen. Hier können Mißverständnisse am schnellsten aufgeklärt werden. Der Erzieher kann die Sicherheit gewinnen, die für manche Situationen in diesem Milieu so nötig ist.

Das Ziel wird weiterhin erreicht durch die Vorträge und Kurse, die an manchen Universitäten für die Erzieher und Leiter von Hilfsschulen und Fürsorgeerziehungsanstalten gehalten werden. In den Kursen, die von der Fürsorgeerziehung selbst ausgehen, gehören psychiatrische Themata schon zum eisernen Bestande. Das Streben nach Vervollkommnung in dieser Unterweisung verdient von irrenärztlicher Seite wärmste Förderung, ebenso wie die Bemühungen, auf den Fürsorgeerziehungstagen in fortlaufendem Wechsel Klarheit zu schaffen über so viele dunkle Fragen aus dem Grenzbereiche.

Weit mehr noch wie jetzt muß das Wesen der krankhaften seelischen Vorgänge den Erziehern vermittelt werden. Sie müssen wissen, in welcher Gestalt die geistige Unzulänglichkeit in ihre Tätigkeit hineinspielt.

Daneben muß ihnen immer wieder zum Bewußtsein gebracht werden, welch praktischen Nutzen dieses Wissen hat, und was sie durch eine beständig vorbereitende, ablenkende und beruhigende Behandlung erreichen können.

Der Zusammenhang zwischen körperlichen Leiden und geistigem Versagen muß ihnen gegenwärtig sein. Sie müssen in dem vorbeugenden Kampfe gegen Syphilis und Alkohol mobil gemacht werden.



Die psychiatrische Untersuchung könnte auch die praktisch so wichtige Beurteilung der Erziehbarkeit in einem sehr frühen Stadium sichern. Das ist allerdings eine nur mit gebührender Vorsicht zu behandelnde Aufgabe. Auch wenn man sich hier oft weitgehende Schlüsse erlauben kann, darf man nicht vergessen, daß gerade in den Pubertätsjahren vieles im Werden und Wogen ist. Man wird über den Ausgang der Entwicklung manchmal vor einem abschließenden Urteil zurückscheuen. Zudem fällt das von der Fürsorgeerziehung angestrebte Ziel, die Zöglinge in praktischer Beziehung sozial brauchbar zu machen, nicht immer mit dem psychiatrischen Ideal vollständiger geistiger Leistungsfähigkeit zusammen.

Wenn wir das Erziehungspersonal in dieser Weise schulen, müssen wir ja befürchten, ein psychiatrisches Kurpfuschertum großzuziehen. Das erscheint um so bedenklicher, als die beiden Berufsklassen, die hier in Frage kommen, Pädagogen und Theologen, von jeher die Beurteilung seelischer Zustände als ihre ureigenste Domäne betrachteten, zu deren Kenntnis kein besonderes Studium, geschweige denn eine eigene Wissenschaft gehöre.

Aber je mehr man den Erzieher überzeugt, daß es sich um tatsächliche Krankheitserscheinungen handelt, und daß diese denn doch wesentlich von dem Bilde abweichen, das er sich in seiner Theorie zurechtlegt, je mehr er erkennt, wie viel er durch die richtige Handhabung psychiatrischer Grundsätze erreicht, um so bereitwilliger wird er dem Psychiater sein Reich einräumen. Je mehr Rätsel ihm das Verhalten seiner Schutzbefohlenen aufgibt, um so eher wird er aus eigenem Antriebe alles abstoßen, was ins Nachbarreich gehört. Und erst recht dann, wenn er sich als Laienpsychiater einmal gründlich die Finger verbrannt hat!

Und wenn wir schließlich auch einzelne Übergriffe auf diesem Gebiete mit in den Kauf nehmen müssen, so ist das noch immer eher zu ertragen, als daß die ganze Menge der Pädagogen diesen Problemen verständnislos gegenübersteht.

Will der Erzieher diese Aufgabe erfüllen, dann muß er so früh wie möglich darüber ins Klare kommen, wem er diese besondere Beurteilung angedeihen lassen soll.



Vor der Hand sind wir noch lange nicht so weit, daß jeder Zögling vor der Aufnahme einer gründlichen psychiatrischen Untersuchung teilhaftig wird. Und auch für die Zukunft muß man trotz aller Vervollkommnung des Aufnahmeverfahrens damit rechnen, daß einem nicht geringen Prozentsatze von pathologischen Persönlichkeiten der Weg in dieses Reich eröffnet wird.

Bei der Verzettelung des Erziehungsmaterials auf viele kleine Anstalten ist es ausgeschlossen, daß sie sich alle in der Nachbarschaft sachgemäßen psychiatrischen Rat holen können. So wird es für die Anstalten ein dringendes Erfordernis bleiben, sich zunächst durch die Fortsetzung der nervenärztlichen Untersuchungen in psychiatrischer Beziehung nach Möglichkeit auf dem Laufenden zu halten.

Wer die Schwierigkeiten und Mängel solcher Massenuntersuchungen durchgekostet hat, weiß, wie sehr man sich vor einer Verallgemeinerung der Resultate zu hüten hat, und daß man nicht in der statistischen Verwertung ihren Hauptzweck erblicken darf. Sie bleiben aber vor der Hand das sicherste Mittel, in der Anstalt selbst wenigstens in den gröbsten Umrissen die Objekte festzustellen, die in den Bereich psychiatrischer Auffassung fallen. Zugleich müssen sie den lebendigen Zusammenhang zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung schaffen. Ihre Umständlichkeit und Kostspieligkeit läßt leider zur Zeit den Wanderpsychiater nur in größeren Zwischenräumen in Tätigkeit treten.

Nicht nur mit Rücksicht auf eine möglichst gründliche Untersuchung bei der ersten Aufnahme ist es daher unumgänglich nötig, eine Aufnahmestation für jeden größeren Aufnahmebezirk einzurichten, die jeder Zögling zu passieren hat. Lazarett und Wachabteilung müssen eine genaue Beobachtung und Behandlung ermöglichen. Nur so kann die so nötige sofortige Loslösung aus dem unheilvollen Milieu erfolgen. Nur so kann man eine lückenlose Vorgeschichte gewinnen, nur so den psychischen Status in aller Ruhe aufnehmen. Hier kann auch das Erziehungspersonal psychiatrische Erfahrungen sammeln. Ein Austausch mit dem Personal anderer Anstalten verallgemeinert diese Kenntnisse. Hier werden auch am zweckmäßigsten die Zöglinge

untersucht, die im Laufe der Fürsorgeerziehung in psychischer Beziehung verdächtig werden.

Dieser Untersuchungsmodus, der natürlich damit steht und fällt, daß ein erfahrener Psychiater die Leitung hat, empfiehlt sich mehr als die Beobachtung in klinischen Anstalten. Hier ist es nicht zu vermeiden, daß diese Zöglinge sich im Mittelpunkte des Interesses erblicken, und das ist vor allem bei weiblichen Zöglingen eine sehr bedenkliche Beigabe der Beobachtung.

Man hat durch die Beobachtungsstationen die nötige Klarheit über den Geisteszustand der Zöglinge geschaffen, die im Anstaltsleben in psychischer Beziehung verdächtig wurden. Sie haben schon große Aufgaben gelöst, und so lange wir über keine anderen Einrichtungen verfügen, sind sie unentbehrlich, und ihre Vermehrung ist dringend erforderlich.

Aber sie beschäftigen sich doch im allgemeinen nur mit den Objekten, die sich im Anstaltsbetriebe unliebsam bemerkbar gemacht haben. Man braucht nur einmal gesehen zu haben, wie viele Psychopathen im Anstaltsleben durch ihre geistige Eigenart kollidieren, ohne daß man daran denkt, die Tätigkeit der Beobachtungsstationen in Anspruch zu nehmen. Selbst in der Familienpflege, die doch nur die Elite des Materials enthalten sollte, treten uns gar nicht so selten Persönlichkeiten entgegen, die still und unerkannt einen geistigen Verödungsprozeß durchmachen, nur weil sie der Umgebung nicht durch eklatante Äußerungen ihrer geistigen Minderwertigkeit die Notwendigkeit einer psychiatrischen Untersuchung nahe legen.

Durch die Beobachtungsstationen allein kann über den geistigen Zustand der Zöglinge nicht in dem Maße Licht geschaffen werden, wie das nötig wäre, selbst wenn man sich darin findet, daß ein Teil der psychopathischen Zöglinge ungefährdet durch die Fürsorgeerziehung durchwandert, auch ohne der psychiatrischen Feststellung teilhaftig zu werden. Bei allem Selbstvertrauen auf die eigene Leistungsfähigkeit, bei aller Anerkennung der Fortschritte in den klinischen Untersuchungsmethoden müssen wir uns jetzt resigniert eingestehen, daß wir mit allen Hilfsmitteln der modernen Untersuchungstechnik durch eine einmalige Untersuchung unserer Aufgabe in der Regel nicht gerecht werden können.



Gewiß werden wir der meisten geistigen Schwächezustände Herr. Aber wenn wir nicht über eine einwandfreie Vorgeschichte verfügen — und die müssen wir leider fast immer entbehren —, wenn wir auf eine längere Beobachtung verzichten müssen, dann haben wir uns über einen großen Teil der Psychopathen mit einem non liquet zu begnügen. Das sind aber gerade die, über deren Verbleib und Behandlungsweise am ersten und nötigsten Klarheit geschaffen werden muß.

Und wenn in größeren Städten für solche Fälle noch ein Psychiater zu Rate gezogen werden kann, der mit dem ganzen Rüstzeug der Untersuchungstechnik ausgestattet ist, — in den kleineren Städten und vor allem erst auf dem Lande ist jetzt eine solche spezialistische Arbeitskraft nicht zu erreichen und wird es auch in Zukunft nicht sein.

Es ist unumgänglich nötig, daß mit der Ausscheidung aus dem bisherigen Milieu keine Zeit verloren geht. Im besten Falle kann der Kreisarzt mit dieser Aufgabe betraut werden. Man wird ihm bei der weitgehendsten Anerkennung seiner Fortschritte auf diesem Gebiete kein Unrecht tun, wenn man daran zweifelt, ob er sich auf diesem Nebengebiete der psychiatrischen Tätigkeit vollkommen zu Hause fühlt. Was man in den wenigen Fällen, in denen der Arzt in der Voruntersuchung der Fürsorgezöglinge zu Worte kam, in den Akten liest, das läßt die Mitwirkung des Arztes in diesem Stadium vorerst in einem sehr trüben Lichte erscheinen.

Das gilt sogar für die Untersuchungen der schulpflichtigen Zöglinge, bei denen die noch am ersten erreichbare Intelligenzprüfung praktisch eine viel größere Bedeutung hat, wie bei den Schulentlassenen. Aber sogar diese Beurteilung, wenn sie sich mit einer einmaligen Untersuchung begnügen muß, verlangt vom Psychiater eine gewisse spezialistische Ausbildung.

So wird der Schwerpunkt der Feststellung des geistigen Zustandes wahrscheinlich immer in die Anstalten selbst verlegt werden müssen. Man wird ja ohne weiteres einsehen, daß diese Einrichtung eine vollständige Umwälzung des bisherigen Verfahrens bedeutet, die nicht ohne weiteres durchgeführt werden kann. Sie verursacht eine gewisse Umständlichkeit und mehrt durch die Verlegungen die Kosten.

Aber auch jetzt werden die Zöglinge durchaus nicht immer in die ihrem Wohnorte nächste Anstalt verlegt. Hier kommen die Kon-



fession, die Überfüllung der Anstalten in Betracht. Auch die Überführung in die Beobachtungsstationen verursacht Unkosten, und Verlegungen innerhalb der einzelnen Anstalten aus pädagogischen und disziplinaren Gründen sind keine Seltenheit.

Bedenkt man, was durch einen solchen Untersuchungsmodus erreicht werden kann, und daß weit über die Zwecke der Fürsorgeerziehung hinaus den psychiatrischen Forderungen über die Feststellung des Geisteszustandes jugendlicher Asozialer Genüge geleistet wird, dann sollte man doch danach streben, diesem Ideal der Beobachtungsform zur Verwirklichung zu verhelfen.

Daß es verwirklicht werden *kann*, beweist das Vorgehen der Pestalozzistiftung, die zunächst für die Familienpfleglinge in Hannover eine Aufnahmestation schafft, bei der allerdings zunächst vor der Hand nur pädagogische Gesichtspunkte in Frage kommen sollen.

Was sollen wir nun mit den Zöglingen anfangen, die im Laufe der Fürsorgeerziehung als pathologisch erkannt werden?

In Zukunft wird sie wohl nur in Ausnahmefällen über solche verhängt werden, die nach ihrer Veranlagung dafür *durchaus ungeeignet* sind. Auch jetzt stößt man nur verhältnismäßig selten auf einen geistigen Tiefstand, der sie *rückhaltlos* den Irren-, Epileptiker- und Idiotenanstalten zuweist.

Auch die weitaus meisten Zöglinge, bei denen psychiatrische Gesichtspunkte unter allen Umständen maßgebend sein müssen, dürfen deshalb der *Erziehung* nicht verlustig gehen. Im Gegenteil erscheint für sie in den meisten Fällen gerade die Fürsorgeerziehung als die geeignetste Erziehungsform, *wofern sie ihrem psychischen Zustande angepaßt wird.*

Für die schwersten Formen geistiger Minderwertigkeit ist schon jetzt eine Reihe von *Sonderanstalten* geschaffen worden oder im Entstehen. Die Erfahrungen, die wir mit solchen Psychopathenanstalten gemacht haben, sind noch zu gering, um ein abschließendes Urteil darüber zu fällen.

Es muß noch Klarheit darüber geschaffen werden, welches Material man ihnen anvertrauen soll, wie der ganze Anstaltsbetrieb zu gestalten ist, wie psychiatrische und pädagogische Gesichtspunkte gegeneinander abgewogen werden sollen, und vor allem auch, wie lange man die Aufenthaltsdauer bemessen muß.

So viel nur steht fest, daß ihre Vermehrung dringend erforderlich ist. Und sehr wahrscheinlich werden sie im Verhältnisse zu der Gesamtzahl der Zöglinge größer angelegt werden müssen, als es nach den bisherigen theoretischen Erwägungen und Erhebungen angenommen wurde. Die Psychopathenanstalt in Göttingen wenigstens, die auf einen Bedarf von 5 % der Gesamtzahl der Zöglinge zugeschnitten ist, war in verhältnismäßig kurzer Zeit voll belegt. Die Rückverlegungen in die anderen Anstalten, die Platz schaffen müssen, können auch in den günstigen Fällen nicht in einer Zeit erfolgen, in der die starke psychiatrische Beeinflussung das eingeholt hätte, was vorher bei jahrelangen pädagogischen Bemühungen mißlungen war.

Diese Anstalten können an Irren- oder Erziehungsanstalten angegliedert werden. Hat man die Wahl, so ist vielleicht das letztere vorzuziehen. Vorausgesetzt ist dabei natürlich, daß die psychiatrische Leitung gewährleistet ist, eine Forderung allerdings, deren Verwirklichung in der Praxis oft auf große Schwierigkeiten stößt. Bei diesen Zöglingen überwiegt eben zweckmäßig das Moment des Erziehlichen über das Psychiatrische. Das läßt sich eher durchführen, wenn sie auch äußerlich in dem Rahmen bleiben, in dem dieses Prinzip stärker hervortritt.

Aus praktischen Gründen empfiehlt es sich, diese Sonderanstalten mit den Aufnahmestationen zu vereinigen. Dadurch wird eine wesentliche Ersparnis erzielt, unnötige Verlegungen vermieden, der Übergang von einem Milieu in das andere erleichtert und der Einfluß des Psychiaters gestärkt.

Alle die Elemente, die dem gewöhnlichen Unterricht nicht folgen können, erweisen meist schon bei der ersten Untersuchung die Anwartschaft auf die Hilfsschule. Auch diese wird wieder am besten an die Aufnahmestation angeschlossen, so daß sich hier alles zusammenfindet, was auf die besondere Berücksichtigung des Irrenarztes Anspruch hat.

Schon längst ist man darüber klar gewesen, welchen Ballast diese geistigen Schwächlinge im Unterrichte darstellen. Man hatte durch Neben- und Förderklassen und Nachunterricht das Ziel zu erreichen gesucht. Man geht allmählich dazu über, für größere Verbände systematisch eingerichtete Hilfsschulen zu schaffen, in denen der ganze Lehrgang auf dieses Ziel zugeschnitten ist.

Auch hier ist noch viel zu tun. Ihre Zahl ist noch zu klein. Die Mitwirkung des Psychiaters ist dringend vonnöten, um so mehr, als bei den Aspiranten auf diese Schullaufbahn neben der Intelligenzschwäche oft auch die ethische Verkommenheit die Aufgaben mehrt.

Mögen sich die Anstaltsleiter an den vielen kleinen Anstalten über die Hilfsschulbedürftigkeit noch so klar sein, aus den verschiedensten Gründen, nicht in letzter Linie aus finanziellen, sträuben sie sich oft noch, diese Schmerzenskinder des Unterrichts dem richtigen Lehrmilieu zuzuführen. Die planmäßigen psychiatrischen Untersuchungen stellen zurzeit meist noch die einzige praktische Methode dar, die krankhafte Anlage dieser Hilfsschulkandidaten festzustellen und an die richtige Stätte zu versetzen.

Die Aufnahmestationen, die später einmal diese Aufgabe lösen werden, müssen auch die Grenze ziehen zwischen der angeborenen geistigen Schwäche und den Folgezuständen der schweren Verwahrlosung. Diese hochgradige Verkümmerung im Milieu zieht gelegentlich eine geistige Verödung nach sich, die als schwere Imbezillität imponieren kann. Kinder mit einer solchen künstlichen Hemmung, die in einem planmäßigen Unterrichte schnell geistig wieder auftauen, gehören nach den Vorschriften über die Aufnahme in die Hilfsschulen im engeren Sinne nicht dorthin, obgleich sie praktisch durch den konzentrierten Unterricht viel schneller aus dieser geistigen Erstarrung gelöst werden.

Einer einmaligen Untersuchung, ja, selbst einer längeren Beobachtung auf der Aufnahmestation entziehen sich manchmal die psychopathischen Konstitutionen, die Vertreter der Willensschwäche, die Affektmenschen, die Kinder mit dem verkümmerten Gemütsleben. Sie erweisen meist erst durch ihr ganzes Anstaltsleben ihre Unbrauchbarkeit für die gewöhnliche Anstaltserziehung.

Bei den meisten Formen, in denen die ethische Verkommenheit ihre üppigsten Blüten treibt, in denen der soziale Negativismus die Führung dermaßen an sich reißt, daß sie der Erziehung in den Fürsorgeanstalten gänzlich entwachsen, ist die psychopathische Grundlage auch in sonstiger Beziehung meist so klar, daß sie unangefochten dort ihre Unterkunft finden. Die Schwierigkeiten häufen sich aber schon, wenn man ihnen nicht ohne weiteres die Qualifikation für



diese Psycnopathenanstalten zuerkennen kann, während sie für die gewöhnlichen Anstalten noch immer den Inbegriff der Schwererziehbarkeit verkörpern. Sie zerrütten die Disziplin und beschwören nur zu oft die Disziplinarstrafen über ihr Haupt, denen sie nach ihrer ganzen geistigen Veranlagung nicht ohne weiteres ausgeliefert werden können.

Damit kommen wir zu dem psychiatrischen Probleme, das uns im Reiche der Fürsorgeerziehung vor ein Dilemma stellt, das weder theoretisch noch praktisch ganz zu lösen ist, und das uns gerade in der praktischen Mitarbeit auf diesem Gebiete manchmal in Verlegenheit bringt.

Ein großer Teil, zurzeit wohl der größte des Materials, das der Fürsorgeerziehung überantwortet wird, befindet sich in einem Zustande der außerordentlichsten Verwahrlosung. Er hat bis dahin so gut wie jeder Erziehung entbehrt. Soll das Versäumte nachgeholt werden, dann muß jetzt die Erziehung bei allem Wohlwollen, bei aller Güte straff und zielbewußt sein. Sie wird immer einmal in die Lage kommen, strafen zu müssen.

Das bleibt mit Rücksicht auf die vielen Psychopathen eine sehr bedenkliche Sache, mag man der Disziplinierung und der körperlichen Züchtigung von Schulentlassenen eine noch so weitgehende Toleranz entgegenbringen. Die Psychiatrie muß unbedingt den Grundsatz aufrecht erhalten, daß ein psychisch kranker Mensch nicht für das verantwortlich gemacht werden darf, was er in geistig unfreiem Zustande begangen hat. Das muß um so mehr verpönt sein, als manche labile Naturen durch die Strafen geschädigt und in ihrer Reizbarkeit und ihren Beeinträchtigungsideen bestärkt werden.

Eine eindringliche Warnung predigen die Fälle der trostlosesten Prügelpädagogik, die ab und zu noch immer in widerwärtigen Prozessen ans Tageslicht kommen. Man kann ja mit gutem Gewissen sagen, daß es sich glücklicherweise nur um seltene Ausnahmen handelt.

Es sind zudem in der Fürsorgeerziehung schon mächtige Bestrebungen am Werke, um die schweren Strafen, vor allem die körperlichen Züchtigungen im Erziehungswerke ganz auszuschalten oder doch in eine Form zu kleiden, die auch einem psychisch wenig widerstandfähigen Zögling unbedenklich zugemutet werden kann.



Daß die Durchführung dieser Grundsätze von psychiatrischer Seite die wärmste Förderung verdient, bedarf keines Wortes.

Zurzeit aber sind diese Bestrebungen noch lange nicht am Ziele. Mit ihrer *allgemeinen* Herrschaft hat es vorläufig noch gute Wege. Wir dürfen uns auch nicht verhehlen, daß von der Strafbefugnis die Kreise, die sich den psychiatrischen Bestrebungen abhold zeigen, vor allem die *niederen* Erziehungselemente, noch recht gerne Gebrauch machen.

Wesentlich werden diese Bedenken dadurch gemildert, daß weitaus der größte Teil dieser anormalen Zöglinge Übergangsformen darstellt. Wir haben es vor allem mit den leichteren Formen des angeborenen Schwachsinns zu tun. Wir würden ihnen auch im Falle einer forensischen Begutachtung häufig die Zurechnungsfähigkeit nicht völlig aberkennen können und sie dem Strafrichter überlassen mussen, wenn auch nicht immer mit leichtem Herzen. Sie können dem straffen Regime unbedenklich überlassen werden, wie sie auch sonst im Leben ohne die Inanspruchnahme psychiatrischer Grundsätze auskommen müssen. Zudem setzen sie den Strafapparat selten in Tätigkeit.

Manche ausgesprochenen Formen geistiger Krankheit dagegen, reizbare Imbezille, empfindliche Epileptiker, vor allem aber paranoisch veranlagte Naturen werden durch eine rücksichtlose Durchführung des straffen Regimes schwer geschädigt. Sie *dürfen der Strafe unter keinen Umständen erreichbar sein.*

Nur ist die *rückhaltlose* Durchführung dieses Prinzips in der Anstalt gar nicht möglich. Die Disziplin wird rettungslos gefährdet und das Vertrauen auf die Unparteilichkeit des Erziehers zerstört, wenn gerade die schlimmsten Vertreter des Asozialismus straffrei ausgehen.

Die schwierigsten Elemente werden ja zweifellos den Psychopathenanstalten zuwandern. Es wird aber noch immer genug zurückbleiben, was hierin auf eine *besondere Rücksicht* Anspruch hat. In *größeren* Anstalten lassen sich diese schwierigen Objekte einer besonderen psychiatrischen Fürsorge noch immer auf bestimmte Abteilungen zusammenlegen, obgleich ihre Stigmatisierung als minderwertige Naturen ihre Stellung den anderen Zöglingen gegenüber sehr erschwert.



An kleinen Anstalten ist an eine solche Trennung nicht zu denken, selbst wenn die Pädagogen geneigt sein sollten, diese schonungsbedürftigen Naturen so zu behandeln, wie es ihre Veranlagung gebietet. Die Lieblinge der Erzieher sind sie sowieso nicht. Falls sie daher noch nicht die Reife für die Psychopathenanstalten haben, ist ihre Überführung in eine der größeren Anstalten zweckmäßig. Der Durchgang durch die Aufnahmeabteilung macht es möglich, sie hier zu halten oder doch an eine der Anstalten zu überweisen, an denen man den verschiedenen Interessen ohne Schaden dienen kann.

Theoretisch schwierig bleibt noch die Stellung der ziemlich seltenen Fälle, in denen die krasse Zuspitzung des Asozialismus als Einzelsymptom imponiert, die allen Erziehungsversuchen trotzen, an denen jede Strafe abprallt.

Wie man sie klinisch werten soll, ist hier gleichgültig. Praktisch spotten sie aller sonstigen Unterbringungsarten. Sie sind den Psychopathenanstalten trotz des Zurücktretens der sonstigen Krankheitssymptome verfallen. Das psychiatrische Regime kommt bei ihnen noch am weitesten. Hier werden sie wenigstens unschädlich gemacht. Man kann nebenbei versuchen, die Erziehung äußerlich zum Abschluß zu bringen, wenn man auch jeder Illusion Valet sagen muß.

Überhaupt liegt der Schwerpunkt der Bedeutung dieser Anstalten nicht lediglich auf dem Gebiete der Erziehung.

Wohl aber erreichen wir durch die Unterbringung in solchen Anstalten eine planmäßige Unschädlichmachung von Persönlichkeiten, die sich schon in frühester Jugend als sozial durchaus unbrauchbar erweisen und für ihr späteres Wirken die trübsten Aussichten eröffnen. Diese Anstalten sind die Vorstufe zu den Zwischenanstalten, in denen wir später einmal hoffentlich chronische Rechtsbrecher und soziale Schädlinge in einer Weise unterbringen werden, die in gleichem Maße dem Wohle der Allgemeinheit wie der eigenen psychischen Unzulänglichkeit gerecht wird.

Weiterhin müssen wir dahin streben, daß der Erzieher auch im Alltagleben der Anstalt nie von dem Gedanken verlassen wird, wie tief die Psychopathie in das Geistesleben seiner Zöglinge hineinragt. Das gilt vor allem für den akuten Wechsel im ganzen Verhalten, der den Ausbruch einer geistigen Störung anzeigen kann.



Die kleinsten Veränderungen dürfen dem Erzieher nicht entgehen. Er darf nicht zögern, psychiatrischen Rat rechtzeitig in Anspruch zu nehmen.

Das ist um so nötiger, als die Pubertät mit all ihren gewaltigen Umwälzungen auf körperlichem und geistigem Gebiete die Fürsorgeerziehung nachhaltig beeinflußt. Sie drückt dem geistigen Leben gerade in der Zeit ihren Stempel auf, in der die Zöglinge wieder aus dem Anstaltsleben losgelöst werden sollen.

Man kann sich ja damit trösten, daß ein großer Teil der Zöglinge die schwere Übergangszeit auch in diesen dornigen Gefilden glatt abmacht. Sie vertragen oft eine straffe Behandlung sehr gut, und für nicht wenige ist sogar ein Anziehen der Zügel nicht nur nicht schädlich, sondern geradezu heilsam.

Man darf aber nie vergessen, daß gerade bei psychisch nicht vollwertigen Elementen dieser Vorgang nicht selten von Erscheinungen begleitet wird, die auf das zarteste Eingehen, auf die liebevollste Behandlung gebieterisch Anspruch machen. Die rücksichtlose Durchführung der Disziplin, die sie oft geradezu herauszufordern scheinen, ist für sie unter allen Umständen verpönt. Von diesem Gesichtspunkte aus ist es nicht damit getan, daß der Psychiater nach dem Ausbruche krankhafter Erscheinungen in Tätigkeit tritt. Der Pädagoge muß den innigen Zusammenhang zwischen Pubertät und Psychopathie stets im Auge behalten.

Damit ergibt sich von selbst das dringende Gebot, daß man in einem möglichst frühen Stadium der Fürsorgeerziehung über die psychische Artung des Zöglings ins Klare kommen muß, mag auch in den Schuljahren die geistige Minderwertigkeit nicht entfernt die Schwierigkeiten schaffen, wie in dem zweiten Abschnitte der Fürsorgeerziehung. Nur so kann man den Stürmen der Pubertät getrost entgegengehen und die am meisten gefährdeten Kinder besonders berücksichtigen.

Auch sonst stellen wir den Pädagogen, den wir psychiatrisch denken und handeln lehren, auf eine viel höhere Warte. Er wird eine tiefere innere Befriedigung empfinden, wenn er sich seine Schwererziehbaren immer durch die psychiatrische Brille ansieht. Viele leidige Ereignisse des Anstaltslebens, Entweichungen, Erregungszustände, Selbstmordversuche, sinnlose Renitenz werden ihm in einem



anderen Lichte erscheinen, wenn er sie aus ihrem seelischen Zustande heraus zu verstehen vermag.

Schon jetzt hat er den praktischen Nutzen dieser Auffassung schätzen gelernt, wenn es gilt, die krankhafte Seite des Gemütslebens den Gerichten gegenüber hervorzukehren. Die Zöglinge, die mit dem Strafrichter in Konflikt gekommen sind, dürfen nicht den Freiheitsstrafen verfallen. Zum mindestens muß ihnen die bedingte Strafaussetzung erwirkt werden. Dafür ist erfahrunggemäß die Betonung des psychopathischen Kernes das sicherste Mittel. Die Kriminalität der Kinder und Jugendlichen, die so häufig das letzte Glied in der Kette der Verwahrlosung darstellt, ist eben zu oft ein Produkt der krankhaften Anlage. Wie übel diesen bedauernswerten Geschöpfen mitgespielt wurde, wenn sie in den Strafvollzug hineingerieten, dafür hat gerade die Fürsorgeerziehung früher die erschütterndsten Beispiele in Hülle und Fülle vor Augen gehabt.

Das gleiche gilt von den jugendlichen Prostituierten, die den erziehlichen Einflüssen meist einen besonders starren Widerstand entgegensetzen. Gerade bei minderwertigen Persönlichkeiten gehört ja eine maßlose Steigerung der geschlechtlichen Triebe und ihre rücksichtlose Betätigung gelegentlich beinahe zu den physiologischen Erscheinungen der Pubertät. Die Fürsorgeerziehung bietet oft die erste Gelegenheit, diesen inneren Zusammenhang zu erkennen. So kann man rechtzeitig dem Chronischwerden dieser Triebe entgegenarbeiten. Leichter ist der Eintritt so vieler minderwertiger Personen in diese düstere Laufbahn zu verhüten.

Auch sonst geht die Erkennung des geistigen Zustandes weit über die Bedeutung hinaus, die ihr für die Wertung des Augenblicks in der Anstaltsbehandlung zukommt.

Schon bei der Entscheidung der Frage, ob die Zöglinge dem Ideal der Fürsorgeerziehung, der Familienpflege, anvertraut werden können, fällt dieser Faktor entscheidend ins Gewicht. Manchem Psychopathen wird das Ausscheiden aus der straffen Anstaltserziehung nur zum Unheil gereichen. Eine rechtzeitige psychiatrische Untersuchung vermag oft schädliches Experimentieren zu verhüten.

Ebensowenig darf eine möglichst ausgiebige Berücksichtigung der geistigen Veranlagung bei der Berufswahl versäumt werden.

Fällt doch diese für das ganze spätere Leben so wichtige Entscheidung in eine Zeit, in der die Zöglinge gerade von den Stürmen der Pubertät erfaßt werden. - Für unsere Psychopathen ist es gleich schlimm, ob sie sich eine Tätigkeit erwählen, der sie nicht gewachsen sind, oder ob sie ganz gegen ihre Neigung in einen Beruf hineingepreßt werden.

In einer Beziehung hat schon das praktische Leben seine Konsequenzen aus dem Zusammenhange der Fürsorgeerziehung gezogen. Bei dem großen Interesse, das Heer und Marine daran haben, die Einstellung psychisch verdächtiger Personen zu verhüten, unterziehen sie die Zöglinge einer besonders scharfen Auslese, die während ihrer Erziehungslaufbahn den Beweis für ihr Unvermögen erbracht haben, sich in geordneten Verhältnissen durchzufinden.

Die gleiche Bedeutung sollte die Verhängung der Fürsorgeerziehung später immer beanspruchen, wenn die Zöglinge auf ihrem Lebenswege scheitern und mit all den Einrichtungen Bekanntschaft machen, deren Inanspruchnahme häufig nicht nur ihre soziale Unzulänglichkeit erweist, sondern auch ein geistiges Versagen ahnen läßt. Bei den Vertretern des Gewohnheitsverbrechertums und des sozialen Parasitismus sollte man sich immer daran erinnern, daß eine so intensive innere Verwahrlosung, ein so frühzeitiger sozialer Schiffbruch, wie er in der Notwendigkeit der Überweisung in die Fürsorgeerziehung zum Ausdruck kommt, einen sehr ernsten Hinweis darauf enthält, daß hier ein geistiger Defekt mit im Spiele sein kann.

Die Fürsorgeerziehung stellt die erste Station des Kriegs- und Leidensweges geistiger Unzulänglichkeit dar. Da hier die Verhältnisse noch leidlich übersichtlich sind, da Erhebungen noch leicht angestellt werden können, ist es ein dringendes Gebot, über deren Geisteszustand volle Klarheit zu schaffen, die sich später immer wieder mit den Geboten des Zusammenlebens überwerfen.

Ist der Status einmal festgelegt, dann müßte er in jedem Falle, in dem diese Stiefkinder des Schicksals die Konsequenzen ihrer Konflikte mit einem geordneten Staatsmechanismus zu büßen haben, die Entscheidung über ihren Verbleib erleichtern.

Und haben sie in ihrer Anstaltslaufbahn den zwingenden Beweis für ihre soziale Minderwertigkeit erbracht, dann sollte man es sich

doppelt und dreifach überlegen, ob man sie überhaupt wieder ins Leben hineinstoßen darf.

Schon jetzt erlaubt die psychiatrische Beobachtung bei einzelnen ein sicheres Urteil darüber. Nach ewigen Konflikten mit den Gesetzen, nach einer chronischen Schädigung der Allgemeinheit stranden sie schließlich doch in einer der Aufbewahrungsstätten sozialen Krüppeltums. Da fragt es sich, ob man ihnen nicht jetzt schon den Platz anweist, der ihrer Leistungsunfähigkeit entspricht. Man kann ja wenigstens bei vielen von ihnen durch eine rechtzeitige Entmündigung ihrem Leben eine geordnetere Gestaltung verleihen und den asozialen Aktionsradius verkürzen.

Zurzeit fehlt uns sonst aber, wenn auch manche sicherlich sofort mit gutem Gewissen der Irrenanstalt überwiesen werden können, noch oft die Möglichkeit, sie unterzubringen. Wenn uns dereinst die Zwischenanstalten zur Verfügung stehen werden, dann brauchen manche Abiturienten der Fürsorgeerziehung nicht mehr den Befähigungsnachweis zu erbringen, der ihnen jene Anstalten erschließt.

Und mehr muß auch noch geschehen, um das große Publikum über den gewaltigen psychopathologischen Kern aufzuklären, der in der Fürsorgeerziehung steckt. Sie hat noch immer gegen ein Heer von Vorurteilen zu kämpfen. Kommt es einmal dem Laien zum Bewußtsein, daß so vieles, was ihm hier unverständlich erscheint, in der geistigen Minderwertigkeit seine Wurzel hat, dann wird er eher zum Verständnis und zur Mitarbeit an diesem bedeutungsvollen Werke erzogen.

Es ist eine Fülle von Aufgaben, die dem Psychiater auf diesem Gebiete erwächst. Je mehr es ihm gelingt, hier Fuß zu fassen, je mehr er das ganze Erziehungswerk mit psychiatrischem Geiste durchtränkt, je mehr er vor allem die Gewalten, die diesen Kampf gegen den Asozialismus kämpfen, mit Verständnis für seine Ziele erfüllt, um so mehr wird er der Allgemeinheit nützen.



Die Entwicklung der Familienpflege an der Brandenburgschen Landesirrenanstalt Landsberg a. W. und ihr weiterer Ausbau.[1])

Von

Dr. L. Roesen.

Das Verdienst, an der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. die Familienpflege eingeführt zu haben, gebührt dem verstorbenen Direktor Geh. Sanitätsrat Dr. *Gock*, der in der Entwicklung der Familienpflege die natürliche Folge der Ausdehnung der möglichst freien Behandlung der Geisteskranken erkannte und die Überzeugung gewann, daß für eine Anzahl chronischer Kranker seiner Anstalt die Familienpflege von mehr Nutzen sein könnte als die freieste Behandlung in der Anstalt selbst. Den unmittelbaren Anlaß gab das Referat, welches der Direktor der Landesirrenanstalt Eberswalde, Sanitätsrat Dr. *Zinn*, im Juli 1901 in der Direktorenkonferenz zu Berlin über die Familienpflege und die Notwendigkeit der Einführung in die Brandenburgschen Provinzialanstalten erstattete. Es ist klar, daß für die ersten Versuche nur diejenige Form der Familienpflege in Frage kam, welche sich unmittelbar und eng an die gewöhnliche Anstaltsbehandlung anschließt, zumal über diese Art der Familienpflege aus anderen deutschen Anstalten allenthalben günstige Erfahrungsberichte erschienen. Als im Jahre 1902 die ersten Kranken aus der hiesigen Anstalt in Pflege gegeben wurden, lagen bereits aus der Anstalt Eberswalde die ersten günstigen Berichte über die gemachten ersten Versuche vor.

Die Vorarbeiten für die neueinzuführende familiale Verpflegung, insbesondere das Aussuchen geeigneter Quartiere, die Belehrungen der Pflegewirte, die Einrichtung des ganzen Mechanismus und des Betriebes, hatte im ersten Jahre Direktor Dr. *Gock* selbst in die Hand genommen; seit dem Jahre 1903 bis jetzt ist der ärztliche Dienst der Familienpflege

[1]) Aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. (Dir. Riebeth).



ununterbrochen von mir nebenamtlich, d. h. neben meinen sonstigen ärztlichen Dienstobliegenheiten in der Anstalt selbst, ausgeübt worden. In dankenswerter Weise wurden sowohl dem damaligen Direktor Dr. *Gock* als auch mir seitens der Provinzialverwaltung Mittel zur Verfügung gestellt, die Einrichtung der Familienpflege außerhalb der Provinz kennen zu lernen; so unterichtete ich mich namentlich über den musterhaften Betrieb derselben in Gheel in Belgien und in Ilten in Hannover. Ich verdanke dieser Informationsreise mancherlei Anregungen, die sich später bei der Ausübung der Familienpflege an unserer Anstalt als äußerst nutzbar erwiesen.

Bei der Inpflegegabe der ersten Kranken wurde begreiflicherweise sehr vorsichtig verfahren, d. h. es wurden nur solche Kranke gewählt, die auch schon in der Anstalt sich größtmöglicher Freiheit erfreut, meist ein geordnetes Verhalten gezeigt und deshalb von vornherein eine gewisse Gewähr dafür boten, daß sie sich des ersten Versuches der Familienpflege würdig erweisen würden. Im ganzen wurden i. J. 1902 2 m. und 9 w. Kranke herausgegeben; die w. Kranken waren größtenteils in der Stadt untergebracht, während die übrigen auf dem Lande Unterkunft fanden. Zwei w. Kranke mußten nach einigen Monaten in die Anstalt zurückgenommen werden, weil die Familien aus äußeren Gründen die Pflege aufgaben. Unannehmlichkeiten irgendwelcher Art machten sich in keinem Falle bemerkbar.

I. J. 1903 wurden die Versuche erweitert, was um so leichter möglich war, als sich Pflegewirte in ausreichender Zahl meldeten, und auch bei der großen Frequenz unserer Anstalt geeignete Kranke unschwer herauszufinden waren. Am Schluß des Jahres 1903 befanden sich im ganzen 25 Kranke in Familienpflege, 8 m. und 17 w. Im Laufe des Jahres mußten 4 Männer und 6 Frauen aus der Familienpflege zurückgezogen werden; die Gründe hierfür waren einmal die Entlassung der wesentlich gebesserten Kranken und einmal die Überführung in eine andere Anstalt aus äußeren Gründen, fünfmal fand die Zurücknahme statt wegen psychischer Verschlimmerung, 3mal wegen Eintritts einer schweren körperlichen Erkrankung, deren Behandlung in der Pflegestelle selbst wegen der räumlich weiten Entfernung von der Anstalt sich nicht ermöglichen ließ. Die Kranken wurden nach Wiedergenesung bzw. nach Besserung ihres psychischen Zustandes in die Familienpflege zurückgebracht, oder es wurde, falls dieses aus irgendeinem Grunde nicht angängig war, sofort für einen geeigneten Ersatz gesorgt. Unannehmlichkeiten irgendwelcher Art kamen i. J. 1903 nicht vor.

I. J. 1904 wurde die Zahl der Familienpflegekranken auf 36 gesteigert, unter denen sich 14 m. und 22 w. befanden. Auch in diesem Jahre mußten zahlreiche Kranke aus den verschiedensten Gründen aus der Familienpflege zurückgenommen werden. 2 Kranke konnten gebessert ihren Angehörigen zurückgegeben werden, 1 Kranker kam in die Anstalt



zurück, weil sein bisheriger Wirt die Pflege aufgab, die meisten anderen wurden teils wegen inkurrenter körperlicher Erkrankung, teils wegen Verschlimmerung ihres Geisteszustandes (Erregtheit), teils weil sie sich bei dem ersten Versuch als zur Familienpflege ungeeignet erwiesen hatten, in die Anstalt zurückgenommen. Immer wurde aber so verfahren, daß sie, sobald es ihr Zustand erlaubte, wieder in die Pflege zurückgebracht wurden; eine Kranke entwich aus der Familienpflege zu ihren Angehörigen und konnte bei denselben als wesentlich gebessert verbleiben.

Gröbere Störungen des Familienpflegebetriebes sind auch i. J. 1904 nicht vorgekommen.

Die schrittweise Erweiterung der Familienpflege wurde auch i. J. 1905 durchgeführt. Am 1. Januar 1905 befanden sich 14 m. und 22 w. Kranke, zusammen 36, in der Familienpflege. Im Laufe des Jahres wurden neu in Familienpflege gegeben 24 m. und 8 w. Kranke, zusammen 32, so daß im ganzen sich 68 Kranke in Pflege befanden. Aus der Familienpflege schieden aus 13 m. und 9 w. Kranke, zusammen 22, so daß am 31. Dezember 1905 ein Bestand von 25 m. und 21 w. Kranken verblieb. Die Zurücknahme der Kranken in die Anstalt erfolgte zum Teil infolge körperlicher Erkrankungen, zum Teil, weil der Zustand einzelner Kranken sich derartig gestaltet hatte, daß sie wieder einer Anstaltspflege bedurften; der eine oder andere der herausgegebenen Kranken erwies sich auch für die Familienpflege als ungeeignet. Einzelne Pflegestellen wurden aufgegeben, weil die Pflege der Kranken den Anforderungen nicht entsprach, oder weil die Familien infolge veränderter Verhältnisse auf Kranke verzichteten. Ein Kranker, der auf dem Lande untergebracht war, entwich aus der Familienpflege, obwohl er noch wenige Tage vorher bei dem Besuch des Arztes sich zufrieden ausgesprochen hatte; ein anderer Kranker in einem ländlichen Quartier ist unerwartet an plötzlich eingetretener Herzinsuffizienz gestorben, ehe der bei Beginn der bedrohlichen Erscheinungen herbeigerufene Arzt erscheinen konnte.

Sonst sind i. J. 1905 keine bemerkenswerte Ereignisse in der Familienpflege zu verzeichnen. Besonders auffällige Besserungen bei den in Familienpflege befindlichen Kranken wurden nicht beobachtet.

In den nächsten Jahren 1906—1910 hat die Familienpflege eine weitere Etnwicklung gegen die Vorjahre nicht erlangt.

Die Gründe hierfür waren nicht etwa Unzufriedenheit mit den bisher gewonnenen Resultaten und Erfahrungen, sondern die Hemmung der Weiterentwicklung der Familienpflege war lediglich dadurch bedingt, daß wir in den besagten Jahren vielfach an chronischem Ärztemangel litten, und daß es sich bei der damaligen Zahl der Ärzte nicht ermöglichen ließ, mehr als 50 Kranke infolge der räumlich weiten Entfernungen der Pflegestellen von der Anstalt ärztlich mit der nötigen Sorgfalt zu überwachen. So blieb die Anzahl der Familienpflegekranken in den Jahren 1906—1910 annähernd konstant, sie schwankte zwischen 40—50 Kranken.



I. J. 1906 entwichen 2 Kranke infolge von Halluzinationen von ihrer Pflegestelle. Der eine Pat. litt an Dem. paranoides mit verworrener Wahnbildung. Er war 3 Jahre auf ein und derselben Stelle in Familienpflege gewesen, hatte sich stets zufrieden darüber geäußert und nie den Wunsch erkennen lassen, daß er von seiner Pflegestelle fort wollte. Er rückte eines Tages heimlich aus, begab sich zu seinem Bruder, der ihn dann der Anstalt wieder zuführte, was ihm durchaus zusagte. Er bot hier keine Verschlimmerung seines Zustandes dar, hielt sich vielmehr völlig ruhig, beteiligte sich sofort an der Arbeit, bekundete aber kein Verlangen nach der Familienpflege mehr. Als Grund seines Fortlaufens gab er an, das habe man ihm „vorgequatscht". Ein anderer Kranker entwich von seiner Pflegestelle heimlich, obwohl er nie über die Stelle zu klagen hatte. Er lief gegen Abend weg, ging nach Landsberg, erbat sich bei der Polizei Nachtquartier, um am anderen Morgen ganz friedlich zur Anstalt zurückzukehren; er gab an, daß ihm eine Stimme gesagt habe, er solle fortgehen.

I. J. 1907 kamen 2 Entweichungen vor, der eine Kranke konnte außerhalb der Anstalt belassen werden, weil er sich in der Familienpflege schon erheblich gebessert hatte. Der zweite Fall betraf einen Fürsorgezögling, welcher sich infolge schlechten Gewissens heimlich aus der Familienpflege zur Anstalt begab und bat, dort bleiben zu dürfen. Er hatte Verschiedenes auf dem Kerbholz, so daß er seine Zurücknahme von seiten der Anstalt voraussah.

I. J. 1909 entwich ein Kranker infolge von Verschlimmerung seines geistigen Zustandes, er entkam nach seiner Heimat und wurde von dort sofort der Anstalt wieder zugeführt.

Abgesehen von diesen Entweichungen und Zurücknahme einzelner Kranken aus diesen oder jenen Gründen kamen in den Jahren 1906—1910 in dem Familienpflegebetriebe keine weiteren störenden Unannehmlichkeiten vor; die Lücken, welche durch die Zurücknahme der Kranken in die Anstalt entstanden, wurden stets durch entsprechenden Ersatz wieder ausgefüllt, so daß auf diese Weise sich stets eine annähernd konstante Zahl von Familienpfleglingen ergab.

I. J. 1911 wurde mit größtem Nachdruck die Vergrößerung und weitere Ausbreitung der Familienpflege betrieben. Es wurde dieses dadurch ermöglicht, daß wir jetzt ein vollbesetztes Ärztekollegium hatten, so daß ohne Beeinträchtigung der allgemeinen ärztlichen Versorgung der Kranken der Familienpflegearzt von mancherlei Dienstobliegenheiten entlastet werden konnte, um die hierdurch gewonnene Zeit der Weiterentwicklung der Familienpflege zu widmen. Sehr viel Zeit wurde dadurch in Anspruch genommen, daß die vielen neu angemeldeten Quartiere einer ärztlichen Kontrolle unterzogen werden mußten, ob sie zur Aufnahme eines Kranken geeignet seien.

Schnell stieg jetzt die Zahl der Familienpfleglinge. Während sich am 31. Dezember 1910 m. Kranke 27, w. Kranke 20, zusammen also 47



in Familienpflege befanden, waren die entsprechenden Zahlen Ende des Jahres 1911 an m. Kranken 39, an w. Kranken 24, zusammen also 63. Selbstverständlich kamen auch wieder im Laufe des Jahres eine ganze Reihe Veränderungen in dem Bestande der Kranken vor; 2 Kranke konnten gebessert entlassen werden, 2 m. Kranke und 1 w. Kranke benutzten die Freiheit der Familienpflege, um zu entweichen, die Entweichungen hatten keine weiteren üblen Folgen, die beiden m. Kranken, welche infolge eingetretener Verworrenheit ihre Pflege verlassen hatten, wurden seitens der Behörden in den nächsten Tagen der Anstalt wieder zugeführt. Eine w. imbezille Kranke, die häufig sehr eigensinnig war, kam spontan in die Anstalt und lehnte eine Rückkehr in die Familienpflege ohne besondere Gründe ab; es konnte durch Nachforschungen nicht festgestellt werden, daß sie in der Familienpflege etwa schlecht behandelt worden wäre. Ein Kranker, der schon eine ganze Reihe von Jahren auf ein und derselben Stelle in Familienpflege war und von dem Pflegewirt schon ganz als zur Familie gehörig betrachtet wurde, verstarb ganz plötzlich an einem Herzschlag im Kreise seiner Pflegefamilie, welche eine rührende Trauer bekundete; es beweist dieses, wie eng verwachsen mit der Familie bei guten Pflegewirten ein Familienpflegling durch jahrelangen Aufenthalt in der Familie werden kann.

Überaus zahlreich waren i. J. 1911 die Fälle, wo wegen interkurrenter körperlicher Erkrankungen oder seelischer Verschlimmerung des Zustandes oder Ungeeignetheit Änderungen der früher beschriebenen Art nötig waren, so daß die Anforderungen an den Familienpflegearzt und das ihm beigegebene Oberwartpersonal nicht unerheblich gesteigert wurden. Von gröberen Störungen, Unglücksfällen und Ähnlichem blieben wir auch i. J. 1911 verschont.

Noch erfreulicher als i. J. 1911 war der Aufschwung, den die Familienpflege i. J. 1912 nahm, konnte doch die Zahl der Familienpfleglinge auf 83 gesteigert werden, und zwar auf 42 Fr. und 41 M.

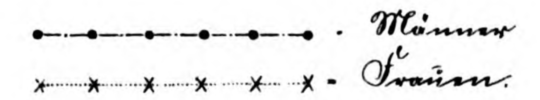
Reichlich groß waren aber auch wieder die Veränderungen, die im Laufe des Jahres im Bestande der Familienpfleglinge infolge körperlicher Erkrankungen, psychischer Veränderung oder infolge sonstiger Ursachen notwendig waren. Es wurden nämlich auch eine ganze Reihe von Kranken versuchweise herausgegeben, bei denen man von vornherein einige Zweifel hatte, ob es mit ihnen in der Familienpflege gehen würde. Eine ganze Anzahl dieser Kranken bestand diese Probe, viele andere dagegen erwiesen sich als für die Familienpflege nicht geeignet, benahmen sich dort widerspenstig und unbotmäßig oder wurden sonst so unsozial, daß ihre Zurücknahme in die Anstalt erforderlich wurde. Namentlich solche Kranke, die wir aus der Korrigendenanstalt erhalten hatten, chronische Alkoholisten und sonstige schwachsinnige Männer, entwichen mit Vorliebe aus der Familienpflege. Im ganzen sind i. J. 1912 neun Entweichungen vorgekommen, 7 M., meist Korrigenden, und 2 w. Pat. Letztere verließen heim-



lich die Pflegestellen und kehrten spontan in die Anstalt zurück. Von den entwichenen Korrigenden haben wir meist später nichts mehr gehört.

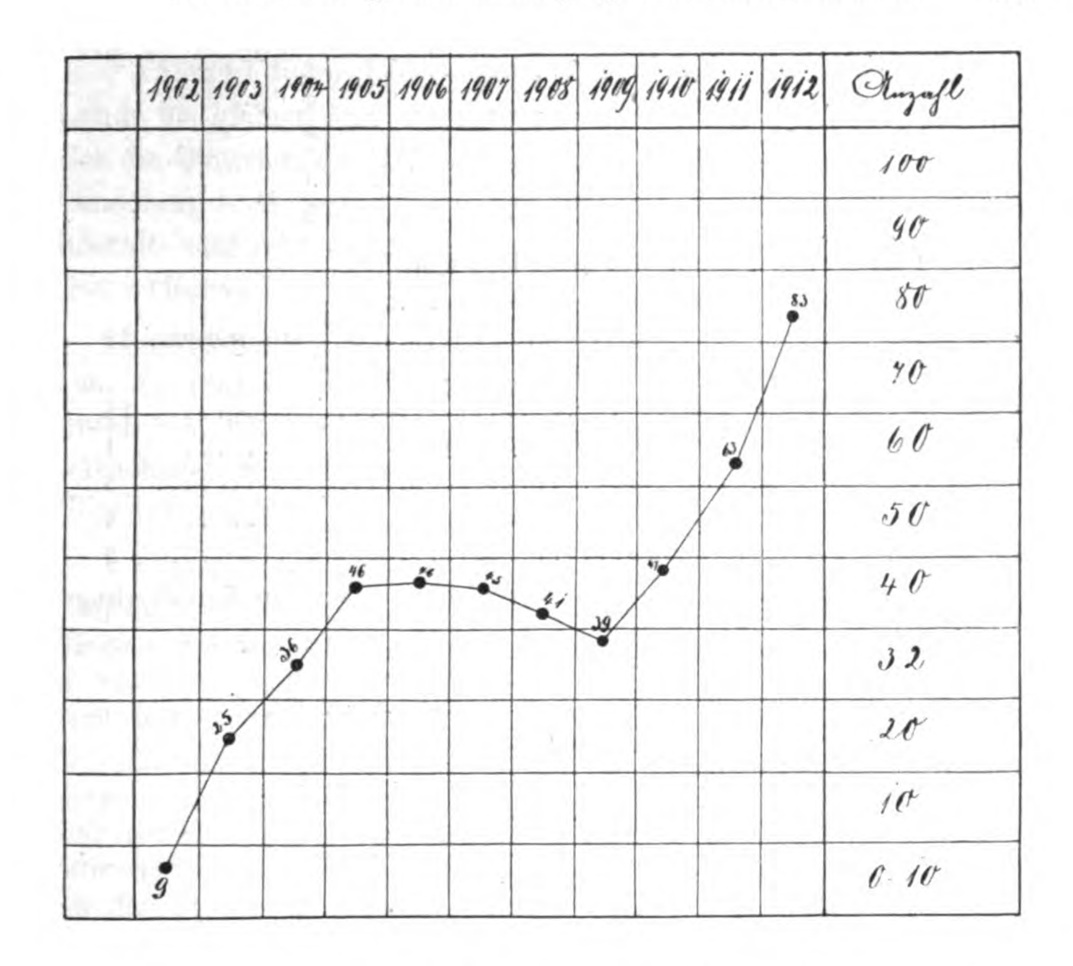
Vier Pat. mußten i. J. 1912 aus der Familienpflege zurückgezogen werden, weil hinreichender Verdacht bestand, daß sie von den Pflegewirten nicht gut behandelt worden waren. 3 Kr. konnten i. J. 1912 aus der Familienpflege gebessert entlassen werden, so daß sie ihren früheren Beruf

	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	Anzahl
Männer	1	8	14	25	23	23	24	23	27	39	41	
Frauen	8	17	22	21	23	22	17	16	20	24	42	



wieder aufnehmen konnten. Gröbere störende Zwischenfälle sind i. J. 1912 in der Familienpflege nicht vorgekommen.

Nachdem ich im vorstehenden lediglich ein chronologisches Bild von der äußeren Entwicklung der Familienpflege gegeben habe, füge ich der Übersicht wegen zwei Tabellen bei, aus denen in zusammenhängender Weise die Ausdehnung der Familienpflege in der hiesigen Anstalt ersichtlich ist.



———————— . Männer und Frauen zusammen.

Was nun die psychischen Krankheitsformen und das Alter der in Familienpflege herausgegebenen Kranken angeht, so will ich der Kürze wegen lediglich den Bestand der Familienpfleglinge am 31. XII. 1912 berücksichtigen.

Von den männlichen Pfleglingen leiden an

der hebephrenen Form der Dem. praec.	10	zusammen 25
„ katatonischen Form der Dem. praec.	10	
„ paranoiden Form der Dem. praec.	5	
Idiotie und Imbezillität		12
Alkoholismus und konstitutionelle Entartung		2
Epilepsie		2

Dem Alter nach befinden sich von diesen m. Familienpfleglingen zwischen

20—30	Jahren	2
30—40	„	8
40—50	„	12
50—60	„	13
60—70	„	6

Von den w. Familienpfleglingen leiden an

der hebephrenen Form der Dem. praec.	9	zusammen	19
„ katatonischen Form der Dem. praec.	7		
„ paranoiden Form der Dem. praec.	3		
Idiotie und Imbezillität			16
Alkoholismus und konstitutioneller Entartung			1
Dementia senilis			3
Hysterie			1
Manisch-depressivem Irresein			2

Dem Alter nach befinden sich von diesen w. Familienpfleglingen zwischen

10—20	Jahren	2
20—30	„	6
30—40	„	6
40—50	„	6
50—60	„	7
60—70	„	9
70—80	„	5
80—90	„	1

Verhältnismäßig groß ist die Zahl der älteren w. Familienpfleglinge, allein 15 befinden sich in einem Alter von über 60 Jahren. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß gerade alte Mütterchen, die in der Anstalt nur so herumsitzen und höchstens sich etwas mit Stricken beschäftigen, in hohem Maße für die Familienpflege sich eignen. Sie leben sich sehr bald ein, helfen der Pflegewirtin bei der Verrichtung der täglichen häuslichen Arbeiten, die ihnen mehr zusagen, als die einförmige Beschäftigung in der Anstalt; sehr häufig entwickeln sich aus ihnen zärtlich-besorgte Kinderfrauen.

Bei den m. Kranken in Familienpflege ist etwas Ähnliches zu beobachten. Kranke in gesetzterem Alter werden in den Familienpflegestellen eher seßhaft, fügen sich besser in die Ordnung als Patienten in jugendlichem Alter. Namentlich die jugendlichen Imbezillen machen vielfach Schwierigkeiten, werden leicht störrisch und unbotmäßig und neigen zum Fortlaufen aus geringfügigen Ursachen, wenn ihnen nicht alles nach Wunsch geht.

Während die m. Familienpfleglinge zum allergrößten Teil auf dem Lande bei kleinen und mittleren Bauern untergebracht sind, befinden sich die Quartiere der w. Kranken mit wenigen Ausnahmen in der Stadt Landsberg a. W. selbst. Die Entfernungen der 16 Quartiere von der Anstalt sind sehr verschieden, zwischen 2,2 und 10 km, die meisten (10) zwischen 5 und 7 km.

Außerdem befindet sich bei dem Gutsvogt der hiesigen Anstalt 1 m. Kr. und auf dem Vorwerk der Korrigendenanstalt bei einem Beamten 1 w. Kr. in Familienpflege. Diese Zerstreuung der Orte und die beträchtlichen Entfernungen von der Anstalt erschweren die ärztliche Überwachung sehr.

Immerhin konzentriert sich doch das Gros der m. Kr. auf einen bestimmten Ort hin, nämlich auf das Dorf Kernein im Warthebruch. In diesem Orte und seinen direkten Adnexdörfchen befinden sich allein 24 m. und 3 w. Kr. in Familienpflege. Die anderen Orte beherbergen nur vereinzelte Kranke.

Die Einwohner von Kernein und der unmittelbaren Umgebung von Kernein sind für die Familienpflege als sehr geeignet zu bezeichnen. Es sind friedliche, genügsame kleine und mittlere Bauern mit mehr konservativem Charakter, die im allgemeinen wenig Alkohol zu sich nehmen. Bei der überall herrschenden Leutenot auf dem Lande nehmen sie mit Freuden die Gelegenheit war, in den ihnen zur Familienpflege übergebenen Kranken einigermaßen Ersatz zu suchen für mangelnde Arbeitskräfte. Es ist ihnen deshalb auch weniger zu tun um das Pflegegeld, das ihnen von der Anstalt gezahlt wird, als darum, einen recht anstelligen Kranken zu erhalten. Sache des Familienpflegearztes ist es deshalb, sorgsam zu überwachen, daß von den Kranken nicht zu viel und nicht zu schwere Arbeit verlangt wird. Es wird den Pflegewirten immer wieder gesagt, daß sie unter keinen Umständen von den Kranken dasselbe an Arbeitsleistung erwarten dürfen, wie von einem gegen Lohn gedungenen Knecht oder einer Dienstmagd. Sehr gut bewährt sich der Modus, neben einem leistungsfähigen Kranken einen zweiten in dieselbe Pflegestelle zu geben, welcher aus irgendeinem Grunde entweder gar keine oder nur wenig Arbeit zu leisten vermag.

Weniger geeignet für die ländliche Familienpflege sind die Orte, die nordöstlich von Landsberg gelegen sind. Diese Dörfer sind vielfach durchsetzt von Maurern, Industrie- und Fabrikarbeitern, welche der Billigkeit wegen auf den Dörfern wohnen und übertag zur Stadt auf Arbeit gehen; zwischen den bäuerlichen Bewohnern solcher Orte und den Arbeitern besteht meist ein gespanntes Verhältnis; in solche Verhältnisse Kranke in größerer Zahl zu bringen, ist nicht empfehlenswert.

Die w. Kr. sind mit geringen Ausnahmen alle in der Stadt Landsberg untergebracht, 28 in der Stadt, 4 auf dem Lande. Die Stadt Landsberg mit ihren 40 000 Einwohnern ist für die Familienpflege nicht so geeignet wie die südlicheren Dörfer der Umgegend. Die Stadt ist schon zu groß, und die Wohnungsverhältnisse sind infolge der stark bevölkerten Mietshäuser weniger geeignet, den Familienpflegekranken den Aufenthalt in der Familie so frei und ungezwungen zu gestalten wie dies auf dem Lande möglich ist. Immerhin haben uns die Stadtquartiere bei richtiger Auswahl bisher keine Veranlassung zu ernsterer Störung des Familienpflegebetriebes gegeben. Nur gelegentlich protestierte einmal ein Hausbesitzer dagegen, daß seine Mieter Kranke aus der Anstalt in sein Haus nehmen wollten; solche Differenzen auszugleichen, überlassen wir den Pflegewirten. Den Berufen nach sind die allermeisten Pflegewirte der m. Kr. kleine und mittlere Bauern, daneben je einer Metzger, Stellmacher, Schmied; 2 sind Förster. Bei den w. Quartieren besteht das Gros der Pflegewirte bzw. Wirtinnen aus alleinstehenden Witwen, welche als Näherin, Plätterin oder dergl. ihren Unterhalt verdienen; mit Vorliebe unterstützen wir durch die Familienpflege frühere Wärterinnen oder verwitwete Wärterfrauen; sonst sind weibliche Kranke noch untergebracht je eine bei einem Zimmermann, Fabrikmeister, Tischlermeister, Heizer, Maurermeister, kleinem Beamten und einem verheirateten Wärter der Anstalt.

Über den Mechanismus und den äußeren Betrieb der Familienpflege will ich mich nicht ausführlich äußern, da er sich im wesentlichen an die bewährten Methoden anderer älterer Anstalten, namentlich an das System anlehnt, wie es an der Landesirrenanstalt Eberswalde geübt wird.

Ich will nur kurz das erwähnen, was für die hiesigen Verhältnisse charakteristisch ist. Die Familienpflege wird von einem Arzt der Anstalt nebenamtlich betrieben, zur Unterstützung sind ihm beigegeben ein Oberwärter und eine Oberwärterin, die ebenfalls die Dienstobliegenheiten, die ihnen aus dem Familienbetrieb erwachsen, nebenamtlich verrichten.

Die Auswahl der Kranken erfolgt durch den Familienpflegearzt; derselbe bespricht sich hierüber mit den einzelnen Abteilungsärzten und macht dem Direktor Vorschläge. Die definitive Entscheidung liegt in der Hand des Direktors.

Eine der wichtigsten Aufgaben, die der Familienpflegearzt hat, ist die Auswahl geeigneter Quartiere und die Belehrung der Pflegewirte. Hierzu ist ein Arzt erforderlich, der mit den lokalen Verhältnissen und mit den Eigenarten der Bevölkerung vertraut ist. Als Vertrauensleute, an die wir uns wegen der Qualifikation der Pflegewirte in Bedarfsfällen melden, dienen uns entweder die Ortsgeistlichen oder die Gemeindevorsteher. Die Belehrungen der Pflegewirte erfolgen sofort an Ort und Stelle, wenn der Arzt die befindlichen Stellen für geeignet hält, bei der Übergabe der Kranken

an den Pflegewirt, bei den monatlichen Revisionen in der Anstalt und bei den Besuchen des Arztes in den Quartieren selbst. Gegenstand der Belehrung bilden zunächst Dinge allgemein-hygienischer Natur, sodann kommt es darauf an, den Pflegewirten vorerst ein allgemeines Verständnis für Geisteskrankheiten überhaupt beizubringen und insbesondere dann ihn mit den Eigentümlichkeiten seiner ihm anvertrauten Kranken bekannt zu machen; man hüte sich, in dieser Beziehung zu weit zu gehen, da man hierdurch oft brauchbare Pflegewirte abschreckt; aus der Anamnese sage ich den Leuten nur selten etwas, ich beschränke mich meist darauf, einzelne Punkte anzuführen und zu besprechen, auf die sie besonders achten sollen; streng wird ihnen ans Herz gelegt, darüber zu wachen, daß die Kranken auch in den neuen Verhältnissen die Hausordnung innehalten, und daß ihnen kein Alkohol in irgendeiner Form gegeben wird. Daß es eine Hauptaufgabe des Familienpflegearztes ist, die Beschäftigung der Kranken zu kontrollieren, namentlich dahin, daß letztere nicht über ihre Kräfte zur Arbeit herangezogen werden, wurde schon an früherer Stelle angedeutet. Auch über die Ernährung und Beköstigung der Kranken werden Belehrungen erteilt, namentlich dann, wenn aus irgendeinem Grunde bei der Beköstigung besondere diätetische Momente zu berücksichtigen sind. Bei den monatlichen Revisionen in der Anstalt wird regelmäßig das Körpergewicht festgestellt.

Bei den Besuchen in den Quartieren selbst wird der Arzt unterstützt von einem Oberwärter und einer Oberwärterin. Letztere erhalten von dem Arzt besondere Gesichtspunkte an die Hand gegeben, auf die sie besonders ihr Augenmerk richten sollen. Sie berichten dem Arzt über die gemachten Beobachtungen; machen sie besondere Wahrnehmungen, so begibt sich der Arzt selbst an Ort und Stelle, um diese nachzuprüfen. Da die ländlichen Quartiere alle ziemlich weit von der Anstalt entfernt sind, können die Bereisungen seitens des Arztes und des Oberwartpersonals nicht so häufig stattfinden, wie es vielleicht wünschenswert wäre; es richtet sich dieses nach dem Bedürfnis und hängt im wesentlichen von der Eigenart des Kranken selbst und der Pflegewirte ab. Ebenso wie es Kranke gibt, die öfters besucht werden müssen, gibt es auch Pflegewirte, bei denen man öfters nach dem Rechten sehen muß. Bei ernsten körperlichen Erkrankungen, oder wenn sonst Veränderungen bei den Kranken eintreten, die ihn für die Familienpflege vorübergehend ungeeignet machen, werden diese in die Anstalt zurückgebracht, wo sie solange verbleiben, bis sie wieder für die Familienpflege geeignet sind.

Gründe, welche gelegentlich die Zurücknahme erforderlich machen, sind: körperliche Erkrankungen ernster Art, zunehmende Gebrechlichkeit infolge hohen Alters, Erregungszustände, Unbotmäßigkeit, suizidale Neigungen, erotische Neigungen, Neigung zum Fortlaufen, Unreinlichkeit, unzweckmäßige Behandlung seitens der Pflegewirte, eigener Wunsch der Kranken selbst, Entlassung.



Daß bei nachgewiesener Mißhandlung die sofortige Einziehung des Kranken erfolgt, versteht sich von selbst; häufig erhalten wir anonyme Denunziationen über angebliche schlechte Behandlung der Kranken; dieselben sind meist auf Neid und Mißgunst verfeindeter Nachbarn zurückzuführen, denen selbst aus irgendeinem Grunde keine Kranken in Pflege gegeben werden konnten.

Von der Inpflegegabe der Kranken wurden die Angehörigen bzw. der gesetzliche Vertreter vorher benachrichtigt. Es ist uns noch nicht vorgekommen, daß von dieser Seite gegen die Familienpflege Einspruch erhoben wurde; meist wird hierdurch das Interesse der Angehörigen für ihre Kranken neu belebt, sie erkundigen sich öfters als sonst nach ihrem Befinden. Bei Besuchen der Kranken verfahren wir so, daß wir den Angehörigen die Adresse der Pflegewirte angeben, damit sie ihre Kranken unmittelbar an Ort und Stelle aufsuchen können.

An Pflegegeld zahlen wir in der Stadt 90 Pfg., auf dem Lande nur 75 Pfg.; die Pflegewirte in der Stadt sehen begreiflicherweise mehr auf höheres Pflegegeld als die ländlichen Pflegewirte, denen es, wie schon gesagt, mehr darauf ankommt, daß die Kranken sich nutzbringend in ihrer Wirtschaft beschäftigen. Die w. Kr. in der Stadt beschäftigen sich in der Hauswirtschaft, mit Federreißen, Stricken, Nähen und dergleichen mehr. Mehr als 3 Kr. geben wir in der Regel nicht auf eine Stelle.

Wenn wir nun dazu übergehen, uns über die bisherigen Erfahrungen mit der Familienpflege seit deren 10jährigem Bestehen und deren therapeutischen Nutzeffekt zu äußern, so muß zunächst die erfreuliche Tatsache erwähnt werden, daß wir während der ganzen Zeit des Bestehens der Familienpflege von gröberen Störungen und Mißständen, insbesondere von schweren Unglücksfällen, verschont geblieben sind. Der Tod der beiden in Familienpflege befindlichen Kranken erfolgte infolge von Myokarditis, zu der Todesursache hat also die Familienpflege keine Beziehung. Gewaltakte irgendwelcher Art seitens der Kranken kamen nicht vor, ferner keine Brandstiftungen oder dergleichen Verbrechen, wie sie sonst gelegentlich von geisteskranken Personen in der Freiheit ausgeführt werden; auch sexuelle Delikte hatten wir nicht zu beklagen; derartige Delikte sind, wenn geisteskranke Personen dabei aktiv oder passiv beteiligt sind, immer eine mißliche Sache und geeignet, die Familienpflege zu diskreditieren. Auch gröbere Mißhandlungen der Kranken seitens der Pflegewirte oder sonst von dritten Personen sind uns nicht vorgekommen. Die meisten derartigen störenden Ereignisse können durch gute Beaufsichtigung und wachsame Kontrolle verhindert werden; es kommt



darauf an, rechtzeitig für die Zurückbringung in die Anstalt zu sorgen, wenn in irgendeiner oben angedeuteten Weise Gefahr droht. Die Befürchtung, daß die Ansiedlung geisteskranker Familienpfleglinge an einem Orte mit besonderen Gefahren entweder für die Kranken selbst oder die übrige Bevölkerung verbunden sei, hat sich für die hiesigen Verhältnisse als völlig hinfällig erwiesen. Dieses gilt in gleicher Weise für die Stadt und für das Land. Im Gegenteil sehen wir, wie gerade durch die Familienpflege bei vielen Mitmenschen richtiges Verständnis für Geisteskrankheiten geweckt wird und alte eingefleischte Vorurteile verdrängt werden. Dieses ist sicher auch ein Nebenverdienst der familialen Unterbringung der Kranken.

Die Familienpflege hat auf viele Kranken im allgemeinen einen unverkennbaren günstigen Einfluß ausgeübt.

Mit Ausnahme einiger chronischer Nörgler, die nie zufrieden sind, äußerten sich die meisten Kranken stets in lobender Weise über ihre neue Unterbringung und ihr Befinden; sehr viele Kranke sind infolge der freien Behandlungsform, der völlig veränderten Verhältnisse und der vielen neuen Eindrücke und Anregungen in ihrem Gesamtzustande wesentlich gefördert worden; bei einigen machte die Besserung derartige Fortschritte, daß sie entlassen werden konnten. Einer ganzen Reihe von Kranken ist es freilich auch ganz gleichgültig, ob sie sich in der Anstalt befinden oder in der Familienpflege. Daß in manchen Fällen auch Mißerfolge, ja sogar auch Verschlimmerungen in dem Zustand der Kranken vorkamen, darf nicht verschwiegen werden; hat doch auch jede andere noch so gute Behandlungsform gelegentlich Mißerfolge aufzuweisen.

Wenn die Zahl der Kranken, die als geheilt oder wesentlich gebessert aus der Familienpflege direkt entlassen wurden, bei uns eine bescheidene war, so erklärt sich dieses dadurch, daß wir bisher größtenteils nur solche Kranke in Familienpflege gaben, die voraussichtlich unheilbar waren und vor allem keine direkten Angehörigen mehr hatten, so daß für solche eine ev. Entlassung erst in zweiter Linie in Frage kam. Als ein Nachteil der Familienpflege kann die geringe Entlassungszahl nicht betrachtet werden, denn man hat es ganz in der Hand, mehr heilbare und einer wesentlichen Besserung fähige Kranke in Pflege zu geben und auf diese Weise die Entlassungsziffer zu erhöhen. Daß die Familienpflege geeignet ist, bei einer großen Zahl derartiger heilbarer Kranken den gewünschten Effekt herbeizuführen, darüber kann nach den Erfahrungen, die auch in anderen Anstalten hiermit gemacht worden sind, kein Zweifel mehr obwalten. Freilich muß man auch hier gelegentlich mit Enttäuschungen rechnen, es muß eben von Fall zu Fall geprüft werden, ob Familienpflege am Platze ist oder nicht.

Von denjenigen Kranken, die sich nach unserer Erfahrung am meisten für die Familienpflege eignen, sind in erster Linie die an Dem. praecox Leidenden zu nennen und dann die Imbezillen und Idioten, eine Beobachtung, die auch von den meisten anderen Anstalten gemacht worden ist.

Wie ein Blick auf die eingangs angeführten statistischen Angaben zeigt, gehört das Gros unserer Familienpflegekranken zu diesen beiden Krankheitsgruppen. Bei der mit Dementia praecox bezeichneten Krankheitsgruppe besteht bekanntlich das allen Formen gemeinsame Charakteristische in dem psychischen Schwächezustand, der nach Ablauf der stürmischen Erscheinungen der Krankheit meist zurückbleibt. Dieser psychische Schwächezustand ist graduell verschieden und kann die höchsten Blödsinnsformen zeitigen.

Und gerade solchen gefürchteten Endzuständen entgegenzuarbeiten, erscheint mir die Familienpflege nicht ungeeignet zu sein. Die neuen Eindrücke und vielen Anregungen, die die Kranken in der neuen Umgebung erhalten, das freiere Leben, die Mannigfaltigkeit der Beschäftigung sind imstande, sie aus ihrer Apathie aufzurütteln und die Reste ihres Geisteslebens neu zu beleben und zu stärken. Bei so manchen Kranken in katatonischem Hemmungszustand konnte ich beobachten, wie durch die therapeutische Einwirkung der Familienpflege die Sperrung ihrer Geistestätigkeit erheblich vermindert wurde. Auch bei chronisch-verwirrten Kranken mit manieriertem Wesen und ganz absurder, zusammenhangloser Wahnbildung erlebt man manchmal wunderbare und überraschende Besserungen. Ihr gespreiztes Wesen, ihr läppisch-albernes Gebahren macht einem mehr geordneten Verhalten Platz, auch in ihren Äußerungen werden sie klarer und verständlicher. Man wundert sich manchmal bei Besuchen in den Familienquartieren, mit welcher Geschicklichkeit in der Anstalt völlig verwirrte und unbrauchbare Kranke im häuslichen Kreise ihrer Wirte hantieren, welche Antworten sie über ihre täglichen Begebenheiten geben. Diese Erfahrung habe ich persönlich bei verschiedenen Kranken gemacht.

Bei Kranken mit chronischer Wahnbildung (Dem. paranoides) wird es häufig erreicht, daß infolge der vielen ungewohnten Eindrücke und Anregungen in der Familienpflege ihre Wahnideen allmählich soweit abblassen und in den Hintergrund gedrängt werden, daß sie nicht mehr einen so bestimmenden Einfluß auf sie ausüben wie vorher. Auch in dieser Beziehung haben wir günstige Erfahrungen gemacht.

In zweiter Linie sind Imbezille und Idioten für die Familienpflege sehr geeignet, vorausgesetzt, daß man die richtige Auswahl trifft. Solche mit eigensinnigem und unbotmäßigem Betragen oder mit sexuellen Neigungen sind als ungeeignet zu bezeichnen. Bei den schwachsinnigen Kranken kommt es darauf an, daß sie einen etwas energischen Pflegewirt

erhalten, der bei aller Teilnahme an ihrem Geschick streng ihren Tageslauf regelt und im Auge behält. Ist dieses der Fall, so können imbezille und idiotische Kranke durch die Familienpflege wesentlich gefördert werden.

Hysterische Kranke sind im allgemeinen wegen ihres launischen und sprunghaften Wesens wenig für die Familienpflege geeignet; wir gaben bisher nur eine Hysterika in Familienpflege, die sich bisher leidlich gut gehalten hat, aber ständiger ärztlicher Kontrolle und häufiger Ermahnungen und Zurechtweisungen bedarf.

Epileptische taugen für die familiale Unterbringung nur dann, wenn sie seltene und nur leichte Anfälle haben; wegen ihres reizbaren und streitsüchtigen Charakters empfiehlt es sich, solche Kranke nur in Einzelquartiere zu tun. Unsere Erfahrung mit einem Epileptiker ist eine gute, der Kranke hat in der Familienpflege nicht soviel Reibungsflächen wie auf einer großen Krankenabteilung, er verträgt sich mit seinem Pflegewirt und ist zufrieden; seine Anfälle, die nur leichter Natur sind, sind in der Familienpflege ohne Brom eher seltener geworden. Der Pflegewirt weiß mit der Eigenart seiner Krankheit Bescheid und hat Verhaltungsmaßregeln erhalten für den Fall, daß die Krämpfe eintreten.

Was die Kranken mit Stimmungsanomalien (manisch-depressives Irresein) angeht, so kommt für sie die Familienpflege natürlich nur in Frage für die Zeit der Intervalle oder der Rekonvaleszenz. Wir haben mit dieser Art Kranken noch keine größeren Erfahrungen gemacht; eine ältere Frau mit manisch-depressivem Irresein befindet sich in leichter depressiver Hemmung schon seit vielen Monaten in Familienpflege, und es hat den Anschein, als ob sie in ihrem ganzen Wesen freier geworden wäre. Eine andere Kranke, die mehr manische Symptome darbot, befindet sich erst seit kurzer Zeit in Familienpflege; für sie soll der Aufenthalt in der Familienpflege der Prüfstein für die in Aussicht genommene Entlassung sein.

Reine Paranoiker im Sinne der *Kraepelin*schen Lehre haben wir nicht in Familienpflege, ich kann mir auch kaum denken, daß sie für dieselbe geeignet sind.

Keine günstigen Erfahrungen in der Familienpflege haben wir mit den Alkoholisten und geisteskranken Korrigenden gemacht. Namentlich bei letzteren ist der Freiheitsdrang so groß, daß sie uns nach einigen Wochen fast alle aus den Familienpflegestellen entwichen. In der ersten Zeit führen sie sich tadellos, sind fleißig, machen sich überall nutzbar, spielen in jeder Beziehung den Biedermann und erklären dem Arzt bei jedem Besuch, wie gut es ihnen auf der Stelle gefalle, und daß sie sich entschlossen hätten, ihr Lebenlang hier zu bleiben. Aber diese guten Vorsätze halten stets nur einige Wochen vor, dann kommt ihr alter Trieb zur Vagabondage wieder zum Durchbruch. Ähnlich steht es mit den chronischen, konstitutionell entarteten Alkoholisten. Sie können auf die

Dauer die Freiheit ohne Alkohol nicht vertragen, und wenn die Sucht nach Alkohol zu groß wird, rücken sie einfach aus. Für solche Alkoholisten und Korrigenden ist die Pflege in der geschlossenen Anstalt mit strengerer Aufsicht und Disziplin der Familienpflege entschieden vorzuziehen.

Daß wir Kranke mit kriminellen Neigungen nicht in Familienpflege geben, braucht wohl nicht besonders erwähnt zu werden, auch mit der Herausgabe Degenerierter und psychopathischer Personen üben wir große Vorsicht.

Paralytiker haben wir bisher nicht in Pflege gegeben; sie eignen sich meines Erachtens auch nur dann, wenn sie eine Remission haben; auch dann noch bedürfen sie besonderer Beaufsichtigung und Überwachung, weil doch unter Umständen ganz plötzlich aus der Remission ein gefährlicher und bedrohlicher Erregungszustand eintreten kann.

Das sind im wesentlichen die Erfahrungen, die wir mit dem bisherigen Familienpflegebetrieb gemacht haben. Sie können im allgemeinen als günstige bezeichnet werden, und es kann keinem Zweifel unterliegen, daß man die Familienpflege in die Reihe der für die Irrenheilkunde brauchbaren Heilfaktoren einreihen kann.

Der therapeutische Nutzwert der rationell betriebenen Familienpflege kommt aber nicht nur den Kranken allein zu gut, welche durch sie in ihrem Zustand wesentlich gefördert werden können, sondern ist auch insofern noch von größter Bedeutung, als es durch die Familienpflege ermöglicht wird, die Irrenanstalten von chronischen Insassen zu entlasten. Gerade solche Kranke, welche zur Gruppe der Dementia praecox gehören, ferner Imbezille und Idioten sind es, welche das Gros der Dauerbewohner der Anstalten ausmachen. Da sie nach allgemeiner Erfahrung für die Familienpflege am geeignetsten sind, so ist hierdurch eine günstige Gelegenheit geschaffen, die Anstalten zu entlasten; begeisterte Anhänger der Familienpflege haben ausgerechnet, daß man auf diese Weise 8—10 % der Anstaltsbelegung in Familien unterbringen könne. Daß die Unterbringung in der Familienpflege eine wesentlich billigere ist als die Verpflegung in der Anstalt, ist selbstverständlich auch ein wesentlicher Grund für die Einführung und möglichste Ausbreitung der Familienpflege.

Es erhebt sich nun zum Schluß noch die Frage, ob die Familienpflege an der hiesigen Anstalt noch erweiterungsfähig ist. Diese Frage muß bejaht werden. Land und Leute haben sich als geeignet erwiesen, namentlich gilt dieses für die Dörfer im Warthebruch, insbesondere Kernein und Umgebung. Geeignete Quartiere wären in ausreichender Zahl vorhanden, und an tauglichen Kranken dürfte es bei einer so



großen Anstalt auch nicht fehlen. Unbedingt notwendig wäre für den weiteren Ausbau der Familienpflege die Anstellung eines besonderen Familienpflegearztes, da eine ärztliche Überwachung von mehr als 80 Kranken in der bisherigen Weise um so weniger durchführbar sein dürfte, als die Quartiere von der Anstalt zum Teil sehr weit entfernt und auch recht zerstreut sind.

Der Familienpflegearzt würde zweckmäßig seinen Wohnsitz in der Stadt Landsberg a. W. haben. Von hier könnte er dann in regelmäßigen Zwischenräumen die Kranken besuchen; er könnte sich viel intensiver mit ihnen beschäftigen, und die Kontrolle wäre eine weit eingehendere. Er würde auch Zeit und Gelegenheit haben, sich immer neuere Aufgaben zu stellen, z. B. könnte er viel weiter gehen in den Versuchen mit den verschiedenartigsten Kranken, die bisher für die Familienpflege nur wenig in Frage kamen, z. B. mit Paralytikern, Manisch-depressiven, Rekonvaleszenten und anderen, er würde in nachdrücklicherer Weise immer wieder auf die Verbesserung der Quartiere hinarbeiten können. Der Dienst des Familienpflegearztes müßte zweckmäßig so eingerichtet sein, daß er einerseits selbst in beständiger Fühlung mit der Anstalt verbliebe, andererseits aber auch durch regelmäßige mündliche Berichte den Zusammenhang der Familienpflege mit der übrigen Anstalt vermittelte.

Ein zweites Erfordernis für den weiteren Ausbau der Familienpflege in Landsberg a. W. wäre die Einrichtung eines Stationshauses im Warthebruch, wie ein solches für die Eberswalder Familienpflegeverhältnisse bereits in Chorinchen besteht.

Das Stationshaus würde am zweckmäßigsten in dem Dorfe Kernein errichtet, weil hier dicht beieinander die meisten Familienpflegestellen vorhanden sind; dazu kommt, daß Kernein Bahnverbindung mit Landsberg hat. Das Stationshaus müßte im wesentlichen dieselben Einrichtungen haben wie in Chorinchen. Es müßte ein älterer Wärter darin Wohnung haben, dem zweckmäßig selbst einige Kranke in Pflege gegeben werden könnten. Diesem Wärter würde dann sozusagen der Oberwärterdienst der Familienpflege der dortigen Gegend übertragen, vor allem die regelmäßige Kontrolle der Kranken und Quartiere. Telephonisch mit dem Familienpflegearzt und der Anstalt verbunden, würde er jederzeit in der Lage sein, wichtige Begebenheiten sofort zu melden und den Arzt zu requirieren. Ferner müßte das Stationshaus auch mit einer Badeeinrichtung, mit einer Krankenstube und einem ärztlichen Untersuchungszimmer ausgerüstet sein. In dem Krankenzimmer könnten Kranke mit leichteren interkurrenten körperlichen Erkrankungen vorübergehend behandelt werden; die Badeeinrichtung würde für die regelmäßige Benutzung der Kranken zur Verfügung sein. Auf diese Weise würde sehr viel Zeit und Arbeit gespart werden, da bisher nicht nur zu den regelmäßigen Revi-

sionen, sondern auch sonst häufig aus geringfügigen Anlässen die Kranken stets in die Anstalt gebracht werden müssen. Dieser sehr schwerfällige und zeitraubende Modus, der der Weiterentwicklung der Familienpflege hinderlich im Wege steht, würde durch die Einrichtung eines Stationshauses größtenteils beseitigt sein.

In der richtigen Erkenntnis, daß für einen weiteren Ausbau die beiden ausgeführten Änderungen in dem Familienpflegebetrieb notwendig sind, sind bereits seitens des Provinziallandtages in seiner letzten Tagung die erforderlichen Mittel bereitgestellt worden.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau am 13. und 14. Mai 1913.

Anwesend: *Ahrens*-Jena, *Allers*-München, *Alter*-Lemgo, *Alzheimer*-Breslau, *Baller*-Owinsk, *Barbo*-Pforzheim, *Baumm*-Breslau, *Berger*-Jena, *Berliner*-Gießen, *Bernard*-Godesberg, *Berthel*-Rybnik, *Bielschowsky*-Breslau, *Birnbaum*-Buch, *Bischoff*-Hamburg, *Blachian*-Haar, *Bleuler*-Zürich, *v. Blomberg*-Kosten, *Bökelmann*-Stephansfeld, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bott*-Bamberg, *Braune*-Conradstein, *Brutzer*-Breslau, *Bumke*-Freiburg i. B., *Buttenberg*-Freiburg i. Schl., *Chotzen*-Breslau, *Cohen*-Hamburg, *Colla*-Bethel, *Dees*-Gabersee, *Dinter*-Leubus, *Dluhosch*-Obrawalde, *Dresen*-Lüben, *Dubbers*-Allenberg, *Dugge*-Neuruppin, *Eicke*-Buch, *Eitingow*-Berlin, *Elias*-Rybnik, *Ennen*-Merzig, *Ermisch*-Treptow a. R., *Fauser*-Suttgart, *Felk*-Troppau, *Fischer*-Prag, *Fischer*-Wiesloch, *Flemming*-Leubus, *Flügge*-Bedburg, *Freund*-Breslau, *Fuchs*-Emmendingen, *Ganser*-Dresden, *Gaupp*-Tübingen, *Gericke*-Greiffenberg, *Gerling*-Merxhausen, *Golla*-Breslau, *Grau*-Lüben, *Groß*-Rufach, *Groß*-Schussenried, *Großmann*-Alt-Scherbitz, *Günther*-Warstein, *Gutzeit*-Breslau, *Haardt*-Emmendingen, *Hahn*-Breslau, *Harlander*-Regensburg, *Hasse*-Hohenwiese, *Havemann*-Tapiau, *Heilemann*-Bunzlau, *Heinze*-Neustadt i. Wpr., *Henneberg*-Berlin, *Herfeldt*-Ansbach, *Hermes*-Neustadt i. Wpr., *Hermkes*-Eickelborn, *Hieronymus*-Lauenburg i. P., *Hößlin*-Eglfing, *Horn*-Tegel, *Hügel*-Klingenmünster, *Hussel*-Ansbach, *Hussels*-Landsberg a. W., *Jacob*-Hamburg, *Jess*-Eberswalde, *Jirzik*-Ziegenhals. *Jödicke* - Kückenmühle -Stettin, *Kalischer* - Schlachtensee, *Kanis* - Eickelborn, *Kastan*-Königsberg, *Karrer*-Klingenmünster, *Kieserling*-Lublinitz, *Kirchberg*-Frankfurt a. M., *Klebelsberg*-Hall, *Kleefisch*-Essen, *Kleffner*-Münster i. W., *Klüber*-Erlangen, *Kluge*-Potsdam, *Knab*-Tapiau, *Knörr*-Teupitz, *Koch*-Breslau, *Köbisch*-Obernigk, *Kohnstamm*-Königstein, *Kolb*-Erlangen, *Kraepelin*-München, *Kramer*-Berlin, *Krapf*-Haar, *Kreuser*-Winnental, *Kreutzfeldt*-Breslau, *v. Kunowski*-Rybnik, *H. Laehr*-Schweizerhof, *Lahse*-Potsdam, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Lehmann*-Coswig i. Sa., *Lehmann*-Freiburg i. Schl., *Lemberg*-Eglfing, *Levinstein*-Schöneberg,



Lewandowsky-Berlin, *Lewy*-Breslau, *Lössl*-Gabersee, *Longard*-Sigmaringen, *Ludwig*-Brieg, *Mann*-Breslau, *Marthen*-Landsberg a. W., *Mercklin*-Treptow a. R., *Moeli*-Lichtenberg, *Mönkemöller*-Hildesheim, *Müller*-Leipzig, *Müller*-Warstein, *Nawratzki*-Nikolassee, *Neisser*-Breslau, *Neisser*-Bunzlau, *Neu*-Galkhausen, *Neuendorff*-Bernburg, *Oetter*-Kutzenberg, *Ohl*-Obrawalde, *Oster*-Illenau, *Paetz*-Alt-Scherbitz, *Paul*-Neuruppin, *Petersen*-Brieg, *Plaskuda*-Lübben, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Powels*-Kortau, *Powers*-V. St. Nordamerika, *Przewodnik*-Tost, *Rehm*-Neufriedenheim, *Reich*-Breslau, *Rentsch*-Sonnenstein, *Repkewitz*-Schleswig, *Roemer*-Illenau, *Rühle*-Nietleben, *Runkel*-Rybnik, *Salinger*-Buch, *Schmeel*-Alzey, Rh. Hessen, *Schmidt*-Warstein, *Schmitz*-Neuruppin, *Schnitzer*-Kückenmühle, *Schlomer*-Berlin-Westend, *Schön*-Konstanz, *Schöngarth*-Sorau, *Scholinus*-Pankow, *Schröder*-Greifswald, *Schubert*-Kreuzburg, *Schultz*-Chemnitz, *Schuppius*-Breslau, *Schütte*-Osnabrück, *Schwabe*-Plauen, *Schwarz*-Berlin, *Seelig*-Lichtenberg, *Seemann*-Lublinitz, *Selle*-Neuruppin, *Serog*-Breslau, *Siemens*-Lauenburg, *Sinn*-Neubabelsberg, *Sombold*-Obernigk, *Sprengel*-Obernigk, *Starlinger*-Mauer-Öhling, *Stegmann*-Dresden, *Stelzner*-Charlottenburg, *Stern*-Breslau, *Stertz*-Breslau, *Stier*-Berlin, *Stöcker*-Breslau, *Stoeckle*-Lohr, *Stoltenhoff*-Kortau, *Storz*-Kutzenberg, *Stransky*-Wien, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Thoma*-Illenau, *Titius*-Allenberg, *Tobler*-Breslau, *Troll*-Eglfing, *Tuczek*-Marburg, *Ullmann*-Bunzlau, *Urstein*-Warschau, *Vocke*-Eglfing, *Völker*-Langenhagen, *Walter*-Gehlsheim, *Weber*-Chemnitz, *Weyert*-Posen, *Weißenborn*-Schleswig, *Westphal*-Bonn, *Weygandt*-Hamburg, *Wickel*-Dziekanka, *Wilcke*-Plagwitz, *Willige*-Halle, *Winkler*-Breslau, *Wolff*-Katzenellenbogen, *Zinn*-Eberswalde. 200 Teilnehmer.

Vorsitzender: *Moeli*. Schriftführer: *Chotzen*, *Stertz*.

1. Sitzung.

13. Mai, vormittags 9 Uhr im Landeshaus.

Der Vorsitzende *Moeli* begrüßt die zahlreich erschienenen Teilnehmer und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder und Kollegen *Schönfeldt*-Atgasen, *Gutsch*-Karlsruhe, *v. Seidlitz*-Teupitz, *J. Müller*-Andernach, *Ribstein*-Freiburg, *Stöwesandt*-Kreuzburg, *Früstück*-Hochweitzschen, *Krell*-Großschweidnitz, *Wille*-Basel, *Tippel*-Kaiserswerth, *Lauenstein*-Hedemünden, *Steinitz*-Hubertusburg, *Schütte*-Bonn und *Cramer*-Göttingen. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen.

Darauf wird die Versammlung im Namen des Oberpräsidiums und der Regierung von dem Regierungsmedizinalrat *Telke*, namens der Provinz von Landesrat *Graeger*, für die Stadt von Stadtrat *Petersen* und namens der Universität vom Dekan der medizinischen Fakultät, Geheimrat *Neisser*, herzlich begrüßt.

1. Referat über die Bedeutung der Psychoanalyse.

1. *Bleuler*-Zürich begründet ausführlich folgende Leitsätze:

Allgemeine Psychologie. Wenn ich auch den allgemeinen Aufbau der Psychologie *Freuds* für unrichtig halte, so sehe ich doch eine Anzahl einzelner Bruchstücke derselben als wichtige Bereicherungen unseres Wissens an.

Ein großes Verdienst ist es z. B., den Begriff der Verdrängung herausgearbeitet zu haben, wenn ich ihn auch anders auffassen muß als *Freud*.

Etwas Richtiges ist an der Vorstellung, daß die Affekte sich von den zugehörigen Vorstellungen loslösen und eventuell eine Zeitlang „frei flottieren" oder sich an andere Ideen anheften oder krankhafte Symptome provozieren können.

Auch hinter dem Begriff des Abreagierens ist etwas Richtiges.

Mit Recht hat *Freud* die Bedeutung des Unbewußten für Psychologie und Psychopathologie hervorgehoben, wenn auch seine theoretischen Vorstellungen über dasselbe zu verwerfen sind.

Die in der Psychopathologie des Alltagslebens geschilderten Mechanismen, die zu Versehen und Vergessen führen, existieren in der Tat, werden aber wohl in ihrer numerischen Bedeutung überschätzt. Es gibt ja auch noch andere Gründe zu Versehen.

Witz. Die *Freud*sche Theorie des Witzes enthält manche ansprechende neue Gesichtspunkte, und eine definitive Witztheorie wird wohl verschiedenes daraus aufnehmen können. Sie ist aber weder erschöpfend noch in der Mehrzahl ihrer Einzelheiten überzeugend und gleicht insofern den andern Lösungsversuchen des Problems.

Nebentheorien. Eine große Anzahl von Nebentheorien, die mehr von Schülern *Freuds* als vom Autor stammen, wie die Ableitung von Charaktereigentümlichkeiten und Symptomen von überkompensierten Organminderwertigkeiten, der „männliche Protest" und ähnliches, sind Übertreibungen oder einseitige Hervorhebungen von Dingen, die in Wirklichkeit einige Bedeutung haben, aber von anderer Seite nicht erfaßt worden sind. Es ist also ebenso unrichtig, sie einfach abzulehnen, wie wenn man auf sie alle schwören wollte.

Sexualität. Die *Freud*sche Theorie über die Entwicklung der Sexualität ist ungenügend fundiert und im Widerspruch mit Erfahrungen auf andern Gebieten.

Richtig ist:

Daß es eine infantile Sexualität gibt, daß diese sich oft an die Eltern heftet („Ödipuskomplex"), und daß die Fixierung des Sexualzieles oft (oder immer?) in der Kindheit bestimmt wird;

daß Spuren von perversen Strebungen bei Neurotischen und Psychotischen ganz gewöhnlich zu finden sind, und daß dieselben Einfluß auf die Symptomatologie haben;

daß die so häufige Onanie indirekt großen Einfluß auf die Psyche ausübt;

daß nichts so leicht der Verdrängung unterliegt wie sexuelle Komplexe;

daß etwas existiert, was man Sublimierung nennen kann, wenn auch wohl in einem etwas anderen Sinne als bei *Freud*.

Möglicherweise besteht auch der *Freud*sche Begriff der Analerotik mit dem entsprechenden Charakter zu Recht.

Traum. Von der *Freud*schen Traumlehre ist mir nicht bewiesen, daß der Traum nur wünschen könne, daß nur ein infantiler sexueller Wunsch seine eigentliche Triebkraft sein könne, daß der Traum den Zweck habe, den Schlaf zu hüten; ich glaube nicht an eine „Rücksicht auf die Darstellbarkeit", ebensowenig an die „Zensur" im *Freud*schen Sinne.

Dagegen bleibt uns folgendes: Die Erkenntnis, daß es dem Bewußtsein unbekannte unterdrückte Strebungen in uns gibt, daß das Traumdenken dirigiert wird von Mechanismen, die auch sonst unser Seelenleben beherrschen, daß es in versteckter Form alle unsere latenten und manifesten Strebungen enthalten kann, seien dieselben wichtig oder nicht, und daß man diese Strebungen und Befürchtungen aus dem Traum wiedererkennen kann. Die Symbolik des Traumes im *Freud*schen Sinne existiert, und sie ist nicht etwas Neues und Eigenartiges, sondern sie ist von der Symbolik der Mythologie, des Märchens, ja der Poesie nur graduell verschieden. Dabei ist es zunächst gleichgültig, ob an den vorliegenden Traumdeutungen etwas mehr oder weniger richtig sei. Als Nebengewinne bleiben uns ferner die Ideen der Verschiebung, der Verdichtung und der Überdeterminierung, die ebenfalls für die Pathologie eine große Wichtigkeit besitzen.

Andere autistische Denkformen. Die gewonnenen Erkenntnisse sind von großer Bedeutung für das Verständnis der Mythologie, der Sagen und Märchen, der Religionspsychologie, des Tabu. Vieles auf diesem Gebiete Publizierte ist aber gewiß noch unreif; einzelnes indessen halte ich jetzt schon für gesichert, so das Wesentliche an den Studien Abrahams über Prometheus und manches an *Jung*s Studien über „die Wandlungen und Symbole der Libido"; vor allem aber eröffnen solche Untersuchungen neue und fruchtbare Gesichtspunkte für die Zukunft.

Zum psychologischen Verständnis der Dichtungen und der Dichter sind die psychanalytisch gewonnenen Einsichten unentbehrlich. An den bis jetzt publizierten Versuchen in dieser Richtung findet sich zwar da und dort eine positive Vermehrung unseres Verständnisses, aber doch noch mehr unvorsichtig angewandte Phantasie.

Neurosen und Psychosen. *Freud*s Einteilung der Psychosen (Aktualneurosen: Neurasthenie und Angstneurose; Psychoneurosen: Angsthysterie, Hysterie und Zwangsneurose) scheint mir so wenig fest begründet zu sein wie jede andere; in praxi gibt es so viele Misch- und Übergangsformen, daß es mir unmöglich wird,



Krankheiten in ihnen zu sehen. Dafür enthalten sie bestimmte genetische Symptomenkomplexe, deren Heraushebung sehr wertvoll ist, wenn auch noch nicht alle ihre Zusammenhänge klar sind.

Die Abgrenzung der *Freud*schen Neurasthenie (die ein viel engerer und bestimmterer Begriff ist als der gewöhnliche der Neurasthenie) und ihre Entstehung durch inadäquate Abfuhr der Sexualerregung sind noch problematisch.

Die Angstneurose hat wenigstens als Symptomenkomplex eine wirkliche Existenz. Ihre Entstehung infolge „Verhinderung der psychischen Verarbeitung der somatischen Sexualerregung" bedarf weiterer Beweise. Doch ist ein Zusammenhang mancher Angstzustände mit ungenügender Sexualbetätigung wohl gesichert.

Noch gar nicht klar ist mir die Angsthysterie. Doch gibt es Gründe für die Existenz dieses Syndroms und für seine von *Freud* angenommene Genese.

Von der komplizierten Theorie der Hysterie, deren Krankheitsbild von *Freud* ebenfalls enger begrenzt wird als gewöhnlich, möchte ich als sicher nur die allgemeinen psychopathologisch-genetischen Vorstellungen ansehen.

Ebenso bei der Zwangsneurose.

Die weitgehenden Theorien über die Entstehung der Schizophrenie aus der „homosexuellen Komponente" halte ich für unrichtig, jedenfalls sind sie nicht bewiesen. Wenn auch vorläufig nicht auszuschließen ist, daß in der ganzen Schizophreniegruppe einige bloß psychogene Fälle mitlaufen, so ist doch der Begriff aus deutlich organisch bedingten Syndromen entwickelt worden; auf der organischen Grundlage bilden sich durch autistisches Denken Verschiebungen, Verdichtungen und durch der *Freud*schen Traumsymbolik analoge Vorgänge die Wirklichkeitstäuschungen, wobei ambivalente (oft zugleich verdrängte) Komplexe die wesentliche Rolle spielen.

Allgemeine Psychopathologie. In die Einzelheiten seiner Psychopathologie kann ich *Freud* gar nicht immer folgen. Sicher scheint mir von seinen Auffassungen folgendes:

Die Bedeutung der Sexualität ist vor *Freud* unterschätzt worden. Anderseits ist es noch ganz unberechtigt, immer nur sexuelle Erklärungen zu suchen.

Eine gewisse, wenn auch noch genauer zu umschreibende Bedeutung haben die perversen sexuellen „Komponenten".

Besonders wichtig ist der Begriff der Verdrängung von unerträglichen Gedanken. „Verdrängung" ist nun namentlich bei krankhafter Anlage nicht gleich „vollständige Unterdrückung". Verdrängte Gedanken bleiben mit ihren Affekten vom Unbewußten aus wirksam und erzeugen Krankheitssymptome.

Die Bedeutung infantiler Wünsche und Erlebnisse



ist noch nicht genügend abzuschätzen. Sicher aber verlangt sie Berücksichtigung.

Der Krankheitsgewinn ist ein wichtiger Anreiz zum Krankwerden und Kranksein.

Die Lokalisation psychisch bedingter Symptome in bestimmte Körperteile kann durch eine Anomalie dieser Organe mitbedingt sein („körperliches Entgegenkommen").

Verschiebung und Symbolik im *Freud*schen Sinne haben bedeutenden Anteil an der Ausgestaltung der Symptomatologie.

Technik. Die *Freud*sche analytische Technik gibt wichtige Aufschlüsse über Zusammenhänge psychischen Geschehens. Unvorsichtige Verwertung derselben sagt nichts gegen das Prinzip.

Therapie. Über den therapeutischen Wert oder Unwert der Psychanalyse kann man zanken, aber noch nicht wissenschaftlich diskutieren. Zum letzteren Zweck verwendbares Material besitzen wir so wenig wie Beobachtungsserien, die man zur Diskussion über die andern Behandlungsarten der Neurosen oder über den Wert der verschiedenen Pneumonietherapien verwenden könnte. (Das Referat ist in erweiterter Form in diesem Heft, S. 665 ff., veröffentlicht.)

2. *Hoche*-Freiburg, dessen Referat in folgenden Leitsätzen gipfelt:

1. Die Lehren der sogenannten „Psychoanalyse" sind weder theoretisch noch empirisch genügend begründet.

2. Die therapeutische Wirksamkeit der „Psychoanalyse" ist unbewiesen.

3. Der Dauergewinn für die klinische Psychiatrie ist gleich Null.

4. Der abstoßende Eindruck, den die psychoanalytische Bewegung auf das nüchterne Denken ausübt, beruht auf der durch und durch unwissenschaftlichen Methodik.

5. Der Betrieb der „Psychoanalyse" in seiner heute vielfach geübten Form ist eine Gefahr für das Nervensystem der Kranken, kompromittierend für den ärztlichen Stand.

6. Das einzige bleibende Interesse an der psychoanalytischen Episode liegt auf kulturgeschichtlichem Gebiete.

Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Psychiatrie.

Diskussion. — *William Stern*-Breslau: Wenn ich als Nichtpsychiater hier ums Wort bat, so geschah es, weil die Methode der Psychoanalyse längst aufgehört hat, lediglich auf pathologische Fälle angewandt zu werden; darum muß auch die Normalpsychologie zu ihr Stellung nehmen.

Diese kann zunächst zugestehen, daß gewisse allgemeine Prinzipien der Psychoanalyse als wertvolle Bereicherungen der psychologischen Erkenntnis gelten können: so die Begriffe der Verdrängung und des Abreagierens, der Hinweis auf die selbständige, oft geradezu antagonistische

Bedeutung des Unbewußten gegenüber dem Bewußten. Auf das energischste aber muß sie gegen die Einzelheiten und vor allem gegen die Art der Anwendung auf den individuellen Fall Protest erheben. Diese Deuterei und Symptomenriecherei hat mit Wissenschaft überhaupt nichts mehr zu tun.

Das ständige Wittern von Sexuellem im besonderen beruht auf einer Verwechslung von genereller und differentieller Psychologie. Die Psychoanalytiker betrachten das als allgemein menschlich, was in Wirklichkeit das Merkmal eines bestimmten, glücklicherweise nicht allzu verbreiteten psychologischen Typus ist; kurzweg übertragen sie das Charakteristikum dieses Typus, die Hypertrophie der Sexualgedanken und Sexualgefühle, durch Analogieschluß auf alle andern Menschen.

Je verschiedener nun in Wirklichkeit die zu interpretierende Psyche ist, um so ärger wird der Fehlschluß; daher richten sie die größte Verwirrung dort an, wo sie das kindliche Seelenleben behandeln. Da ich hier glaube, als Sachverständiger sprechen zu können, so sei etwas größere Ausführlichkeit gestattet. Die Psychoanalytiker, die sonst ihren Gegnern Sachunkenntnis vorwerfen, arbeiten auf diesem Gebiet selbst als reine Dilettanten; die wissenschaftliche Kinderforschung existiert entweder nicht für sie oder wird so lange umgedeutet, bis der Anschluß an ihr Begriffsystem erreicht ist. Der Gerechtigkeit halber muß zunächst zugegebeu werden, daß für manche Erscheinungen, namentlich des höheren Jugendalters, durch die Psychoanalyse der Blick geschärft worden ist. Aber auch hier sind die meisten, bei der früheren Kindheit fast alle psychoanalytischen Deutungen absurdeste Phantasmagorien. Man lese z. B. *Freuds* „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben" oder das eben erschienene Buch von Dr. *Hugo Hellmuth*, „Aus dem Seelenleben des Kindes". Da dieses Buch z. T. mit Benutzung der Literatur und u. a. auch mit den von meiner Frau und mir stammenden Aufzeichnungen arbeitet, so konnte ich die Ungeniertheit der psychoanalytischen Deutungen hier einmal recht authentisch feststellen. Wenn unser Töchterchen z. B. bei Betrachtung eines Bildes, auf dem ein Kind auf der Erde lag, sagte: „Da liegt der Günther (Name des kleinen Bruders) und ist tot", so bedeutet das nach *Hugo Hellmuth* den verkappten Wunsch, daß der unbewußt gehaßte Bruder, der ihr die Liebe der Mutter streitig macht, tot sein möge. Nichts von alledem liegt vor, wie aus genauester Kenntnis des Kindes versichert werden kann. Die Kleine nannte das abgebildete Kind Günther, weil sie überhaupt Bildpersonen mit den ihr geläufigen Namen bezeichnete, und „tot sein" bedeutete für sie in jenem Alter absolut nichts anderes als „unbewegt daliegen". — Und so geht es weiter: Das Vergnügen kleiner Jungen, mit der Peitsche zu spielen, ist unbewußter Sadismus. Das Tun von Verbotenem, obwohl (nach den Psychoanalytikern „weil") Strafe zu erwarten ist, ist unbewußter Masochismus. Die Freude an runden Dingen ist „Koprophilie" usw. Die völlige Harmlosigkeit, welche die kleinen Kinder



— eine natürliche, keusche Erziehung vorausgesetzt — den körperlichen Verrichtungen entgegenbringen, wird verkannt und aus den dahingehenden Interessen ein System der „Anal“- und „Urethral-Erotik“ entwickelt.

Die Angelegenheit hat nun ihre sehr ernste Seite infolge der praktisch-pädagogischen Folgerungen, welche die Psychoanalytiker ziehen. Bedauernswert die jungen Geschöpfe, welche psychoanalysierenden Eltern, Lehrern oder Ärzten ausgeliefert sind. Was kann da in dem Kinde durch verfängliche Fragen, durch Anregen zum Erzählen und Deuten der Träume, durch das Wittern von Sexualsymbolen in Ausdrücken und Handlungen, durch das nicht-harmlose Auffassen naiv kindlicher Zärtlichkeitsbezeugungen für ein unheilbarer Schaden angerichtet werden. Man lese daraufhin *Freuds* Analyse des Fünfjährigen; die Heilung einer Phobie durch Psychoanalyse heißt wahrlich den Teufel durch Beelzebub austreiben. Wenn nun gar, wie aus manchen Anzeichen ersichtlich, die Lehrer in größerem Umfange sich der Psychoanalyse ergeben, so ist der mögliche Schaden für unsere Jugend gar nicht abzuschätzen.

Wir haben auf so vielen Gebieten, wo früher ungestraft an Kindern gesündigt wurde, Kinderschutz eingeführt: hier ist ein neues Gebiet, wo er nötig wird. (Ausführlich in der Ztschr. f. angew. Psychol., Bd. 8, Heft 1—2.)

Stransky-Wien kann sich im allgemeinen, insbesondere was die Charakterisierung der praktischen Konsequenzen anlangt, an *Hoche* anschließen, möchte aber in der Ablehnung der theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse nicht so weit gehen wie dieser. Es ist nicht zu leugnen, daß die *Freud*schen Lehren uns wieder mehr dazu gebracht haben, uns mit dem Inhalt unserer seelischen Vorgänge zu befassen; auch in manchen andern Belangen, die in einer kurzen Diskussionsbemerkung kaum zu erschöpfen sind, hat diese Richtung wichtige Anregungen gebracht. Ihre schlimmste Verirrung besteht in der schrankenlosen Deuterei und in der Verwechslung von Deuten und Beweisen; nicht weniger schlimm ist auch die ungeheuerliche Überschätzung des Sexuellen, von der ja auch *Bleuler* nicht frei ist; zurückgewiesen muß auch die Art werden, mit der aus den Kontaminationen der Traumsprache, des Versprechens und der schizophrenischen Entgleisungen alle erdenklichen Dinge herausgedeutet werden; das konsequente Ignorieren der Leistungen anderer, das konsequente Sichabschließen vor der Kritik anderer ist aber auch eines der Kennzeichen der psychoanalytischen Richtung.

Forster-Berlin erhebt theoretische Einwendungen gegen die Rolle, die den Affekten zugeschrieben wird. *Freud* habe die große Kompliziertheit der Affekte nicht beachtet und nur einen herausgegriffen.

Stegmann-Dresden bekennt sich als Anhänger *Freuds* und bittet, die Schriften *Freuds* selbst zu lesen, aus denen hervorgeht, daß *Freud* seine



Behauptungen stets begründet mit Erfahrungen, die er gemacht hat. Man kann zu andern Meinungen kommen, aber es ist nicht recht, sich ohne Kenntnis der Tatsachen auf einen ablehnenden Standpunkt zu stellen. Auf die wissenschaftliche Seite einzugehen, verbietet die Kürze der Zeit; was die praktische Anwendung betrifft, so ist die Art, wie Herr *Hoche* eine Statistik aufmacht, aufs schärfste zurückzuweisen. Sind wirklich solche Dinge, wie sie Herr *Hoche* schildert, vorgekommen, so haben alle Beteiligten einen Anspruch darauf, Namen und Daten zu vernehmen. Es ist nicht richtig, daß *Freud* den Patienten psychoanalytische Literatur in die Hand gäbe, er warnt sogar davor. Auch gibt *Freud* niemals den Rat zu sexuellem Verkehr aus theoretischen Gründen. Sollte er es in einem einzelnen Falle getan haben, so hat er gewiß besondere Gründe dazu gehabt. *Stegmann* selbst weiß sich von dem Vorwurf standesunwürdigen Vorgehens und auch der Ausbeutung der Kranken frei. Er verwendet allerdings die Methode, in voller Übereinstimmung mit *Freud*, nur in den dazu geeigneten Fällen, die dem praktischen Neurologen nur in geringer Zahl begegnen. Er warnt vor voreiliger Anwendung der Methode in der Praxis, hält es aber für nötig, daß der Arzt, auch wenn er die Methode selbst nie anwenden will, die Lehren *Freuds* kennt.

Kraepelin-München lehnt die Psychoanalyse *Freuds* ab. Die Zeit wird damit fertig werden. Zeichen der Zersetzung sind erkennbar. Das Gute dabei ist nicht neu, stammt im wesentlichen von *Janet*. *Kr.* hebt hervor, wieviel Unheil durch das Verfahren bereits angerichtet sei, und warnt vor seiner Anwendung auf das energischste.

Weygandt-Hamburg: Bei *Bleulers* vermittelndem Referat möchte man mit Gretchen sagen: „Wenn man's so hört, möcht's leidlich scheinen!" Es ist vieles in ein versöhnlicheres Licht gerückt, als es in den Tiefen der enragierten *Freud*-Anhänger scheint. Dadurch wird freilich die zum Schluß versuchte Beweislastverschiebung nicht entschuldigt, die den Gegnern das Recht der Kritik verwehren möchte, so lange sie für die noch ungelösten Probleme keine bessere Lösung wissen. — Zur historischen Richtigstellung sei betont, daß nach dem Vorgange von Franzosen wie *Janet* es vor allem *Breuer* war, der die haltbareren Grundzüge der Psychoanalyse entworfen hat, während nunmehr *Freud* den Ertrag einheimst. Falsch ist es auch, der experimentellen Psychologie den Vorwurf der Trockenheit und Unfruchtbarkeit zu machen. Das mochte allenfalls vor 30 Jahren versucht werden, als noch die Psychometrie alten Stils herrschte, aber es ist unangebracht, seit *Wundt* mit seiner Völkerpsychologie hervortrat, und auch seit die jüngeren Psychologen die differentielle Psychologie und die Denkpsychologie in den Vordergrund rückten. — Ein gewisses Verdienst kommt der psychoanalytischen Richtung zu, insofern sie eine Reaktion darstellt gegenüber der immer histologischer und serologischer werdenden Psychiatrie, die das psychische Geschehen in die Nebenrolle des Epiphänomenalen drängen zu wollen scheint. Die Lehre der unter-



bewußten Vorstellungen und des Abreagierens entbehrt nicht der psychologischen Grundlage, ebenso die von den frei schwebenden Affekten; eingehende Selbstbeobachtung muß das durchaus bestätigen. Die Traumlehre übersieht die viel bedeutsamere Wirkung der unterbewußten Sinnesreize. Der Grundfehler der Theorie liegt, von der Überschätzung des Sexuellen abgesehen, in der kritiklosen Deutesucht, die unter grober Mißhandlung aller Logik vage Möglichkeiten für notwendige Zusammenhänge ausgibt. Auf diese Weise läßt sich selbst bei zahlreichen Fällen von Paralyse mit wahnhaften Äußerungen eine psychoanalytische Deutung konstruieren. Was therapeutisch verwertbar ist, das erhebt sich nicht über den alten guten Brauch gewissenhafter Ärzte, den psychisch nervösen Patienten seine Leiden gründlich erörtern zu lassen und durch geschicktes Befragen in die versteckten Winkel der bedrückten Psyche hineinzuleuchten, wie es, um ein populäres Beispiel zu nennen, lange vor *Freud* der schlichte Landarzt Ibsens in seiner „Frau vom Meere" erfolgreich durchführte. Zur Überwindung der grassierenden Seuche mit ihren bedenklichen Beeinflussungen irritabler Gemüter sind bloße Warnungen nicht geeignet, sie würden vielmehr gerade Reklame für den Freudianismus machen. Es gehört vielmehr dazu positive Arbeit, indem mehr als bisher von irren- und nervenärztlicher Seite die rein psychische Sphäre der Kranken berücksichtigt und zum Gegenstande psychologischer Forschung gemacht wird. Arbeit in den psychologischen Laboratorien, deren leider an Kliniken und Anstalten noch viel zu wenig existieren, und Fühlung mit der modernen Normalpsychologie ist zur Erzielung wirklicher Erfolge dringend von Nöten.

Weber-Chemnitz führt als Beweis, daß die Methode in Laienkreisen verbreitet werde, das Buch von *Marcinowski*: „Der Mut zu sich selbst" an, in dem die Lehre enthalten sei.

H. Liepmann-Berlin: Die Gefahr, daß das Entwicklungsfähige und Wertvolle in *Freud*s Lehre erstickt werde, besteht zurzeit nicht mehr. Im Gegenteil, viel größer ist jetzt die Gefahr, mit der das viele Irreführende und Verderbliche die Wissenschaft bedroht. Daß viele Behauptungen der Freudianer uns lächerlich anmuten, spricht an sich noch nicht entscheidend gegen sie, denn es beweist nur, daß sie in schroffem Kontrast zu unseren mitgebrachten Anschauungen stehen. Ob diese richtig sind und nicht der Revision bedürfen, ist ja gerade die Frage. Die entscheidende Widerlegung der Freudianer muß daher in einer eingehenden Beleuchtung ihrer Beweismittel, ihrer geradezu u n g e h e u e r l i c h e n logischen Methodik bestehen, die uns auf Schritt und Tritt begegnet. Sie geben Möglichkeiten für Wirklichkeiten, Denkbarkeiten für Notwendigkeiten aus.

Die Quaternio terminorum, d. i. die Verwendung desselben Ausdrucks in zwei Bedeutungen, spielt eine verhängnisvolle Rolle; z. B. wird der Begriff des Sexuellen jetzt in einem so weiten Sinne gefaßt, daß er mit



dem engeren Begriff des Sexuellen, der der Ausgangspunkt war, gar nicht mehr zusammenfällt. Übereinstimmungen in einer Hinsicht gelten ohne weiteres als Übereinstimmung auch in anderer Hinsicht oder gar als Identität, z. B. bei den Ersatzerscheinungen. Wenn z. B. jemand, dem die Gelegenheit, eine Ehe einzugehen, genommen wird, seine freie Zeit nun seiner Sammelliebhaberei oder sonstigen Betätigung widmet, wird dieser Ersatz ohne weiteres als eine Form der Erotie (etwa für Briefmarken, Vasen usw.) ausgegeben, während hier Ehe und Sammelleidenschaft doch nur in der Hinsicht äquivalent sind, daß sie beide ein gewisses Maß von freier Zeit und Aktivität binden. Auf Grund des Nachlasses altruistischer Gefühle beim Hebephrenen wird ohne weiteres von Autoerotie gesprochen, obgleich nicht einmal die Masturbation diesen Namen verdient, da auch bei ihr das αὐτός nicht Objekt des ἔρως ist, sondern Subjekt der Herbeiführung einer Lösung. Das sind alles grobe logische Fehler. Der Weg strenger Forschungs- und Schlußmethode, dem Naturwissenschaft und Medizin ihre Blüte verdanken, ist von den Freudianern völlig verlassen.

Das Bestreben, jede Annahme erst durch gründliche Arbeit auf ihre Berechtigung zu prüfen, ehe sie gelten kann, ist vollkommen ausgeschaltet. Was zu passen scheint, gilt als erwiesen. So richten die Freudianer eine ganz verhängnisvolle Verwüstung des logischen und naturwissenschaftlichen Denkens an und machen sich einer gefährlichen Irreführung namentlich der Nicht-Mediziner schuldig — Schäden, denen mit aller Energie entgegengetreten werden muß.

O. Kohnstamm-Königstein i. T.: Ich habe mich gewundert, daß sich Referate und Diskussionen nicht auf einem andern Geleise bewegt haben. War es denn beabsichtigt, ein Gericht über den Freudianismus abzuhalten mit Offizialverteidiger und Staatsanwalt, oder handelte es sich darum, wie man nach der Ankündigung annehmen mußte, den Wert der Psychanalyse zu diskutieren? — Über den Freudianismus in engerem Sinne, d. h. über den Modus procedendi *Freuds* und seiner esoterischen Jünger waren die Akten schon vorher geschlossen. Er ist selten nützlich, häufig schädlich, falsch in seinem Hypersexualismus und oberflächlich in seinen Verallgemeinerungen und Anwendungen auf alle die verschiedenen Gebiete, die nur bei geistiger Dunkeladaptation etwas Gemeinsames bekommen. Mit der Erotik verhält es sich sogar gerade umgekehrt. Ich halte die Idealität nicht für eine zufällige Sublimierung der Erotik, sondern glaube im Gegenteil, daß in dem Liebesleben die dem Bios als Richtungslinie eingeprägte Idealität symbolische Gestalt gewinnen kann und soll. Das war schon der Sinn von Platos Lehre vom himmlischen und irdischen Eros und ist der letzte Ausdruck von Goethes Lebensweisheit („Das Ewig-Weibliche zieht uns hinan" uam.). — Ich wende mich gleich hier gegen den vielfach mißbräuchlichen Gebrauch des Wortes „Symbol". Symbol im strengen Wortsinne ist natürlicher, allgemeinverständlicher Gefühlsausdruck, sei es, daß sich dieser mit motorischen oder mit psychi-



schen Mitteln vollzieht. Das *Freud*sche Lexikon hat mit echter Symbolik nichts gemein. — Ich verstehe unter Psychanalyse nicht den Freudianismus, sondern das, was man nach dem optimalen Wortsinne darunter verstehen muß, nämlich folgendes: Die Psychanalyse geht darauf hinaus, solche seelischen Erscheinungen psychologisch zu erklären und aus andern seelischen Erlebnissen abzuleiten, deren psychologischer Zusammenhang dem verfügbaren Gedächtnis nicht ohne weiteres entnommen werden kann. Symptom und Erlebnis zusammen bilden einen *Bleuler*schen Komplex. — Die Nichtverfügbarkeit (Impresentabilität) des Komplexzusammenhanges steht in Beziehung zu dessen eventueller pathogener Bedeutung. Die Unterbrechung des psychischen Zusammenhanges wird von der *Freud*schen Schule allgemein als Verdrängung bezeichnet. Dieser Ausdruck ist unberechtigt und irreführend. Das Prototyp solcher Unterbrechung bildet die in Amnesie versenkte hypnotische Suggestion. Ich nenne daher den Vorgang, um nicht zu präjudizieren, Amnesierung (Dissoziation). Die Amnesierung tritt in verschiedenen Formen auf: einmal durch eigentliche hypnotische Suggestion, dann durch akute psychische oder physische Traumen, ferner durch Affekte und schließlich als planmäßige Zielerstrebung. Nur für den letzten Fall ist der Ausdruck „Verdrängung" geeignet, und berechtigt. — Eine wirklich planmäßige Verdrängung liegt bei manchen sogenannten hysterischen Dämmerzuständen auf der Hand. Ich spreche von „sogenannten hysterischen" Dämmerzuständen, weil die Amnesierung (Dissoziation) mit eigentlicher Hysterie, d. h. mit nosophilem Gesundheitsgewissen zwar verbunden sein k a n n, aber absolut nicht verbunden zu sein braucht. — Produkt der Amnesierung kann ein eigentlicher Dämmerzustand sein oder ein einzelnes Symptom, das dann wie eine Sandbank aus dem Meeresgrunde über die Wasserfläche der Bewußtseinsschwelle emporragt. Die Psychanalyse erstrebt es, den Zusammenhang zwischen Sandbank und Meeresgrund klarzulegen. — Man hat der Psychanalyse gegenüber eingewandt, daß dem voraussetzunglosesten Forscher nicht zuzumuten sei, mit der *Freud*schen Methode zu arbeiten, die er aus methodischen und andern Gründen verwirft. Es gibt aber einen andern Weg, der auf direkte Weise die Amnesierung vorübergehend oder dauernd aufzuheben geeignet ist. Das ist die Lösung der Amnesierung in der Hypnose. Dieser Weg ist jedem zugänglich, dem geeignete Fälle zur Verfügung stehen, und der Zeit, Mühe und Sorgfalt nicht scheut. Auch in wachem Zustande gelingt es gelegentlich, amnesierte Symptome aufzuklären, aber auffallenderweise um so seltener und schwieriger, je schwerer und tiefersitzend das Symptom ist. Wenn man von der hypnotischen Form der Psychanalyse Gebrauch macht, bei der jede Suggestion ausgeschlossen ist, erfährt man mit Erstaunen, daß ein großer Teil der *Freud*schen Mechanismen tatsächlich existiert. Die Gerechtigkeit verlangt die Feststellung, daß diese Methode der Psychanalyse bereits von *P. Janet* angewandt wurde (vergl.: Automatisme Psychologique 1889,



S. 439, zitiert nach *P. Janet*: État mental des Hystériques, 2. Bd., Paris 1894). Dann folgen ungefähr zu gleicher Zeit *Breuer-Freud* und *Oskar Vogt*, und last not least *L. Frank*. Tatsache ist auch, daß Träume, in ähnlicher Weise wie die hypnotische Psychanalyse, ohne jede Deutung brauchbares Material häufig darbieten. Während wir also für das Vorkommen der *Freud*schen Mechanismen eintreten müssen, betonen wir nochmals mit Nachdruck die von Herrn *Hoche* hervorgehobenen Fehlerquellen und die Gefährlichkeit der eigentlichen *Freud*schen Methode, vor allen Dingen aber ihrer unterschiedlosen Anwendung. Meines Erachtens ist die Zahl der Patienten, die zu Amnesierung neigen, verhältnismäßig gering. Wenigstens gehören bei nicht dissoziablen Personen enorme Einwirkungen traumatischer oder affektiver Natur dazu, um amnesierte Symptome zu erzeugen. Diese dissoziable Anlage ist bemerkenswerterweise häufig mit künstlerischem Talent verbunden und findet sich im Gegensatze zur eigentlichen Hysterie unseres Wortsinnes oft gerade bei ethisch und intellektuell besonders hochstehenden Personen. Sie braucht mit hysterischem Gesundheitsgewissen nicht das Geringste zu tun zu haben. Wer die tiefgehenden Wirkungen der Amnesierung in der psychoneurotischen Psyche kennt, wird es für plausibel halten, daß derselbe Prozeß bei schizophrenem Gehirn katathym bedingte Symptome im Sinne *Bleuler*s hervorzurufen geeignet ist. Die tägliche Erfahrung weist auf die Richtigkeit dieser Deutung wenigstens für manche Fälle hin.

Bei den — wie gesagt, nicht häufigen — Fällen von Amnesierung werden durch die hypnotische Psychanalyse große Erfolge erzielt, die auf anderem Wege nicht erreicht wurden. Der Einwand liegt nahe, daß diese Erfolge rein suggestiv zu erklären seien. Ich hatte aber Gelegenheit, bei mehreren Patienten den Erfolg zu vergleichen, wie er sich bei hypnotischer Suggestion und bei hypnotischer Psychanalyse gestaltete. Pat. W. konnte seit Jahren nicht zusammenhängend lesen, weil der Gedanke störend auftrat, daß in der Familie ein Unglück passieren könnte. Die Hemmung wurde durch hypnotische Suggestion vorübergehend beseitigt. Pat. gab an, daß er lesen könne mit dem für posthypnotische Suggestion charakteristischen Zwangsgefühl, lesen zu müssen. Später ergab hypnotische Psychanalyse, daß Pat. einmal, mit einer Lektüre im Walde sitzend, das Hotel, in dem der gelähmte Vater wohnte, in Flammen aufgehen sah. Von diesem Erlebnis ließ sich die Störung zwanglos ableiten. Seit dieser Aufklärung des Zusammenhanges, für welche die Amnesierung beseitigt wurde, ist die Lesestörung völlig geheilt. Dieselbe Erfahrung machten wir in dem gleich zu erwähnenden Falle, bei dem wir dasselbe Symptom vergleichweise nacheinander mit beiden Methoden behandelten. — Der Hauptteil an der Heilwirkung kommt m. E. der Wiederherstellung der psychischen Synthese zu. Fraglicher ist mir die Bedeutung der Abreagierung des Affektes. Immerhin ist es nicht zu bestreiten, wie gut vielen kranken und gesunden Menschen die verschiedenen Formen der Beichte



bekommen. — Ich schließe mit der kurzen Erwähnung eines Falles, den ich bei seinem hohen Interesse in Gemeinschaft mit meinem Mitarbeiter *M. Friedemann* später ausführlich mitteilen werde.: Patientin, 43 jährig, Vater an einer Gehirnerkrankung, Mutter an Diabetes und Phthise gestorben; seit 10 Jahren wegen schwerer psychoneurotischer Erscheinungen von anderer autoritativer Seite mit Hypnose behandelt. Die Erscheinungen verschlimmerten sich und führten, wohl im Zusammenhange mit der diabetischen Belastung, zu schwerem Basedow, der erfolglos operiert wurde. Patientin kam total erwerbsunfähig und im Begriffe, sich deswegen pensionieren lassen zu müssen, in unsere Behandlung. Es gelang im Verlaufe mehrerer Monate, durch hypnotische Psychanalyse die zahlreichen, außerordentlich störenden Komplexe zu lösen und den Zustand der Patientin derart zu bessern, daß sie völlig beschwerdefrei, erwerbsfähig und leistungsfähiger als seit vielen Jahren ist. Unter den zahllosen Komplexen, die zu den verschiedensten Typen psychoneurotischer Symptome führten, seien folgende hervorgehoben: Patientin ist seit Jahren durch Angstgefühle verhindert, in die Kirche zu gehen. Die Analyse ergab, daß vor ungefähr 25 Jahren in ihrer Gegenwart der Vater in der Kirche einen „Ohnmachtsanfall" erlitt und herausgetragen wurde, was sie erschreckte und beschämte. Seitdem sie für das praktische Bedürfnis geheilt ist, besucht sie regelmäßig mit ungestörter Erbauung die Kirche. Pat. fiel mehrmals auf der Straße hin, was wir zunächst für das Basedowsymptom des „giving away of the legs" hielten. Die Psychanalyse ergab, daß ihr dies zum ersten Male passierte, als ihr ein Mann begegnete, der dem Vater ähnlich sah. Der Vater litt an Anfällen, bei denen er hinfiel. Das Symptom ist nicht mehr wiedergekommen. Eines Tages klagte Patientin darüber, daß sie seit 3 Tagen nachts nach kurzem Schlafe unter heftigem Schweiße erwachte und nicht mehr einschlafen könnte. Sie erinnerte sich im Wachen ebensowenig wie in den andern Fällen einer Ursache. In der Hypnose erzählte sie auf die Frage nach der Ursache der nächtlichen Störung, daß sie vor 3 Tagen einen Brief ihrer Schwester erhalten habe, die gerade bei einer Tante zu Besuch war. Diese Tante litt ebenso wie die verstorbene Mutter an Diabetes mit Lungenschwindsucht. Sie müsse nachts mehrmals wegen ihrer phthisischen Nachtschweiße abgetrocknet werden. Ebenso seien alle Nächte des Sterbejahres bei der Mutter verlaufen. Die Schlafstörung war dann beseitigt. — Ich muß mich hier auf diese wenigen Beispiele beschränken. Bemerkenswert ist, daß bei dieser Patientin selbst verhältnismäßig gleichgültige Erlebnisse manchmal durch bloße Imitation amnesiert werden. Umgekehrt werden gerade die tiefsten, lebenswichtigsten Eindrücke nicht amnesiert. Wo man eigentliche Verdrängung erwarten sollte, bleibt sie aus. — Bei dieser Patientin, bei der sonst die ganze Komplexpsychologie zu studieren ist, tritt eine Erscheinung zurück, die für die Theorie der Amnesierung und der sogenannten Verdrängung von Wichtigkeit ist, daß nämlich dasselbe Erlebnis sowohl in der „hetero-



psychischen" („schizothymen") Form des Dämmerzustandes erlebt, als auch „präsentipsychisch" (homoiopsychisch) im Wachzustande erinnert wird (vergl. *Kohnstamm*: „System d. Neurosen", Ergebn. d. Inneren Med. u. Kinderheilkunde, S. 402 ff.). — Ich hoffe, mit meinen Ausführungen bewiesen zu haben, daß mit der Verwerfung des orthodoxen Freudianismus die Anerkennung der eigentlichen Psychanalyse einhergehen kann und muß.

Bleuler (Schlußwort): Recht vieles, was Herr *Hoche* angeführt, könnte ich unterschreiben; aber allerdings hätte ich einiges hinzuzufügen, und einiges möchte ich anders auffassen. Es ist ja richtig, daß die psychanalytische Literatur recht vieles Problematische als sicher hinstellt. Das geschieht zwar auch an andern Orten und wird in einer neuen Methodik am leichtesten vorkommen. Hier ist es aber besonders auffallend. Demgegenüber ist festzuhalten, daß eben gar nicht die ganze psychanalytische Literatur aus Denkfehlern besteht, sondern daß recht vieles und wichtiges einer Prüfung standhält und richtig ist. Dieses meiner Ansicht nach Richtige habe ich angeführt, und alle Einwendungen haben nichts von meinen Ausführungen entkräftet.

Um einzelne Detaileinwendungen herauszugreifen, sei angeführt, daß bei der Psychanalyse Arzt und Kranker gar nicht immer im Banne gleicher Ideenkreise sind, z. B. gerade bei den meisten schizophrenen Fällen nicht. Es ist auch nicht richtig, daß das Ergebnis einer Analyse immer zum voraus feststeht. Die Hauptrichtung ist meistens ganz unbekannt, und noch mehr: wir selbst haben lange nicht an die große Bedeutung der Sexualität geglaubt und wollten die Unrichtigkeit der *Freud*schen Aufstellungen beweisen. Die Patienten selbst belehrten uns aber eines Besseren. Herr *Hoche* hat den Psychanalytikern auch zum Vorwurf gemacht, daß bei ihnen eine Art Gegenseitigkeitsversicherung bestehe. Es ist ja, wenigstens für die letzte Zeit, etwas wahr daran; aber ist eine solche Gegenseitigkeitsversicherung etwas so Ungewöhnliches? Vielleicht nicht einmal in Kreisen, die nicht von außen befeindet und abgegrenzt werden.

Gegenüber Herrn *Weygandt* muß ich hervorheben, daß ich weit davon entfernt bin, alle Beweislast den Gegnern zuzuschieben. Bei einzelnen Einwendungen liegt sie aber entschieden bei ihnen; so wenn man behauptet, man könne die Symptome der Paralyse in gleicher Weise deuten wie die einer Dementia praecox oder eines Traumes. Wir haben es wirklich versucht, aber nicht gekonnt. Wir müssen also einen Unterschied zwischen beiden Krankheitsgruppen annehmen, bis die Gegner uns das Gegenteil beweisen. Ich möchte auch nochmals hervorheben, daß *Freud* selbst abrät, dem Patienten die Lektüre psychanalytischer Schriften oder außerehelichen Koitus zu therapeutischen Zwecken zu empfehlen. Ferner ist es durchaus unrichtig, alle Psychanalytiker für die Fehler der einzelnen verantwortlich zu machen, und ich selbst lasse mir keine Verantwortlichkeit zuschieben, als für diejenigen



Ansichten, die ich eben vertreten habe. Aus der ganzen Diskussion habe ich aber doch gesehen, daß die Unterschiede in den Auffassungen nicht so prinzipiell sind, wie es zuerst schien. An den psychanalytischen Theorien ist Richtiges und Falsches; in der psychanalytischen Praxis kommt Gutes und Falsches vor. Herr *Hoche* und einige andere möchten des Falschen wegen die ganze Psychanalyse über Bord werfen, ich möchte sie des Richtigen wegen erhalten und nach und nach von dem Unrichtigen reinigen.

(Nachtrag: Wenn ich mehr als die fünf Minuten Zeit gehabt hätte, so hätte ich noch einiges hinzugefügt, was nun hier folgen mag.

Auch ich halte die Popularisierung der Psychanalyse jetzt noch aus vielerlei Gründen für schädlich; in der Pädagogik allerdings soll man sie meines Erachtens nicht, wie Herr *Stern* meint, vollständig unterdrücken, sondern vorsichtig tastend benutzen und so mit der Zeit Kenntnisse und praktisches Können zu vermehren suchen.

Wie es unrichtig ist, wegen leichtsinniger Schlüsse, die ja vorkommen, auch die richtigen Deduktionen oder gar die Beobachtungen über Bord zu werfen, ebenso falsch ist es, wegen praktischer Mißbräuche die ganze psychanalytische Behandlung oder gar die psychanalytische Forschung unterdrücken zu wollen. Man soll gegen die Mißbräuche kämpfen, aber das Gute soll man stehen lassen.

Herr *Hoche* hat dreihundert eigene Träume versucht zu deuten, wobei nichts herausgekommen ist, und er verwertet das gegen die Psychanalyse. Wer aber nur ein ganz klein wenig von der psychanalytischen Technik kennt, der weiß, daß unter diesen Umständen nichts herauskommen konnte.

Der Herr Korreferent hat ferner ein Zirkular herumgeschickt, in dem er die Kollegen aufforderte, ihm alles mitzuteilen, was sie von Schäden der Psychanalyse erfahren hätten. Er hat also auch hier nur die Mißerfolge und eventuelle Kunstfehler in Rechnung gezogen[1]) und darauf sein Urteil über den Wert einer Methode abgeleitet, deren positive Resultate er gar nicht zu kennen versucht. Man soll einmal so etwas irgendeiner andern Behandlungsmethode gegenüber machen; wie leicht wäre es z. B. zu beweisen, daß jeder Chirurg alle seine Kranken umbringt. Sollte ich diese zwei Fehler verallgemeinern in der Weise, wie Herr *Hoche* die Fehler der Psychanalytiker verallgemeinert, so müßte ich daraus schließen, daß alles, was er sagte, falsch sei.

Von den Einwendungen des Herrn Korreferenten sind nicht nur meine Darlegungen, sondern noch andere Seiten der praktischen Tiefen-

[1]) „Es wäre mir u. a. von großer Wichtigkeit, über Art und Umfang der durch psychanalytische Prozeduren veranlaßten Schädigungen von Kranken ein sicheres Urteil zu gewinnen, und ich bitte Sie um die Freundlichkeit, wenn Sie über derartiges Tatsachenmaterial verfügen, mir davon in irgendeiner Ihnen geeignet erscheinenden Weise Mitteilung zu machen."



psychologie, wie z. B. die ganze Methode und die Resultate *Franks*, in keiner Weise getroffen worden. Ferner ist auch bei der heutigen Diskussion einer Menge von Motiven gegen die Tiefenpsychologie Geltung gegeben worden, die gar keinen Wert haben. So war man immer des Erfolges sicher, wenn man eine ungewöhnliche oder unerwartete Behauptung als bizarr oder lächerlich hinstellte. Bizarr oder lächerlich erscheint aber alles Ungewohnte, den bisherigen Anschauungen Widersprechende. Ob es richtig sei oder nicht, ist eine davon ganz unabhängige Frage. Es wäre also nur gut und wissenschaftlich wenn man auf solche Argumente verzichten würde.

Man hat die Tiefenpsychologie auch dadurch herabsetzen wollen, daß man sie als nichts Neues hinstellte. Das freut mich; denn das ist das zweite Stadium vieler neuen Ideen, die sich von eifriger Anfechtung zur Anerkennung durchkämpfen müssen. Aber wenn es keinen Unterschied zwischen *Janet* und *Freud* gäbe, hätten wir hier keine Diskussion gehabt. So kann ich getrost der *Hoche*schen Prophezeiung die andere gegenüberstellen: Die *Freud*schen Ideen werden marschieren, und wenn sie von ihren Übertreibungen gereinigt sind, werde so viel Gutes übrigbleiben, daß sie für lange einen der wichtigsten Fortschritte in der Erkenntnis unserer Psyche bilden werden.)

Hoche (Schlußwort): Wenn ich nicht nur die gefallenen Äußerungen in der Diskussion, sondern auch die sonstigen mimischen Äußerungen in der Versammlung zusammennehme, ist das Ergebnis als eine geschlossene Ablehnung der *Freud*schen Lehre und der psychoanalytischen Bewegung aufzufassen — mit Ausnahme des Herrn Dr. *Stegmann*. Das Mißvergnügen, dem dieser Ausdruck gegeben hat, ist mir sehr wohl verständlich; es ist niemals — weder für einen einzelnen noch für irgendeine Gemeinschaft — angenehm, Gegenstand geschichtlicher Betrachtung zu werden. In bezug auf die Vertretung dessen, was ich gesagt habe, kann Herr *Stegmann* ohne Sorge sein; ich werde in der ausführlicheren Veröffentlichung des Referates die Belege geben, soweit die ärztliche Schweigepflicht dies erlaubt. Richtigstellen möchte ich einen Punkt: daß ich selbstverständlich nicht etwa nur die Schriften *Freuds*, sondern überhaupt alles, was die Sekte literarisch hervorgebracht hat, gelesen habe, soweit es mir irgend erreichbar gewesen ist. — Herrn Kollegen *Bleuler* spreche ich mein Beileid dazu aus, daß er, wie er uns vorhin berichtet hat, aus einer psychoanalytischen Vereinigung ausgeschlossen worden ist, um so mehr, als er auch hier bei uns es in der Diskussion nicht gut gehabt hat. Es ist dies das natürliche Schicksal einer zwischen den Lagern stehenden Stellungnahme. Seine Leitsätze würde man, wenn es sich um ein deutsches politisches Programm handelte, ihrer Art nach als „nationalliberal" bezeichnen. Im übrigen kann ich ihm das nicht ersparen, daß wir — nicht nur ich, sondern sicherlich die Mehrzahl der Anwesenden — ihn für in hohem Maße verantwortlich halten für das Blühen der psychoanalytischen Bewegung,



verantwortlich natürlich nicht im juristischen, sondern im moralischen Sinne. Er ist nun einmal, um einen populären Ausdruck zu gebrauchen, das „Renommierstück" der Sekte. Auf seinen wissenschaftlichen Kredit hin, den er von früher her genießt, wird vieles an den Lehren in einer Weise behandelt, wie es sonst sicherlich nicht geschehen wäre, und ich zweifle auch gar nicht daran, daß er in seiner näheren und ferneren Umgebung in der Schweiz sehr vieles bessern könnte, wenn er sich entschließen würde, mit einem autoritativen Donnerwetter zwischen die psychoanalytischen Geistlichen und Pädagogen zu fahren. Ich möchte ihm diese Bitte mit aller Dringlichkeit ans Herz legen und will, um ihre Wirkung nicht abzuschwächen, gar kein weiteres Wort hinzufügen.

2. Sitzung.
13. Mai, nachmittags 2 Uhr
im Hörsaale des Physikalischen Institutes der Universität.

Es wird zunächst das Geschäftliche erledigt.

Der Vorstand schlägt vor, die nächste Jahresversammlung in Straßburg abzuhalten, und beantragt, den Vorschlag der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, die Jahresversammlung des D. V. f. Ps. in jedem zweiten Jahre der ihrigen anzugliedern, zunächst nicht anzunehmen, aber für künftig im Auge zu behalten.

Stranski-Wien ladet für die diesjährige Naturforscherversammlung nach Wien ein und bittet um rege Beteiligung. *Bumke*-Freiburg begründet den Vorschlag der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, die Jahresversammlung in jedem zweiten Jahre der ihrigen anzugliedern.

Kraepelin-München bittet, heute darüber nicht zu diskutieren.

Siemens-Lauenburg erinnert daran, daß satzunggemäß die Wahl des Versammlungsortes beim Vorstande liegt, es bedarf also keiner Abstimmung darüber.

Die nächste Versammlung soll also in Straßburg stattfinden, und zwar voraussichtlich am 3. und 4. Juni[1]). Als Referatthema ist „Die verminderte Zurechnungsfähigkeit" bestimmt mit den Referenten *Aschaffenburg*-Köln und *Wilmans*-Heidelberg.

Dem Antrage des Vorstandes, den Vorschlag der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte zunächst nicht anzunehmen, aber für künftig im Auge zu behalten, stimmt die Versammlung zu.

Kraepelin-München berichtet über die Vorarbeiten zur Errichtung eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie. Das Institut soll nicht der klinischen Forschung, sondern dem Studium

[1]) Auf Vorschlag von *Wollenberg*-Straßburg ist inzwischen vom Vorstande die Zeit der Versammlung auf den 24. und 25. April verlegt worden.

des Wesens und Ursprungs der Geisteskrankheiten dienen. Ref. denkt sich die Einrichtung folgendermaßen: Es sollen 3 Abteilungen errichtet werden: 1. eine klinisch-experimentelle mit kleiner Krankenstation von 30 bis 50 Betten und serologischem, chemischem und psychologischem Laboratorium; 2. eine anatomisch-histologische Abteilung; 3. eine demographisch-statistische zum Studium der Entartung. Gemeinsam würden allen Abteilungen die Bibliothek, Hörsäle und photographische Arbeitsräume sein. Jede Abteilung soll einen selbständigen Leiter haben, mit den entsprechenden Hilfskräften. Ein gemeinsamer Verwaltungsdirektor stände an der Spitze, die Verwaltung wäre kollegial organisiert. 30 Arbeitsplätze würden auf die 3 Abteilungen zu verteilen sein. Die Kosten für eine solche Einrichtung würden einmalig 1,2 bis 1,4 Millionen ohne Baugrund betragen, die dauernden Betriebskosten 240 000 bis 260 000 M.

Wegen der Kosten für Bau und Einrichtung sollte an die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft herangetreten werden. Zu den Betriebskosten würden voraussichtlich die preußischen Provinzen beitragen, zumal wenn ihnen die Verfügung über einige Arbeitsplätze gewährt wird, ferner würde man auf die Bundesstaaten und das Reich und schließlich auf private Stiftungen rechnen können. *Kr.* hat seine Organisationsvorschläge in einer umfangreichen Denkschrift niedergelegt, die er vorschlägt, der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft zu übersenden.

Die Versammlung erklärt sich grundsätzlich mit diesem Plan einverstanden. Der Vorsitzende dankt Herrn *Kraepelin* für seine Mühewaltung.

Im Namen der statistischen Kommission[1]) empfiehlt *Vocke*-Eglfing ein Schema zur Statistik der Geisteskrankheiten, das die Kommission nach einem in Baden vereinbarten zusammengestellt hat, vorläufig nicht-offiziell anzuwenden und auf Grund der damit gemachten Erfahrungen in 2 bis 3 Jahren wieder zu beraten. Es sollen die Behörden ersucht werden, bis dahin von der bisherigen Statistik abzusehen, der Vorstand möge in diesem Sinne Schritte tun. In der neuen Zählkarte sollen wissenschaftlich wertlose Fragen fortfallen, dafür aber die Diagnose genauer gefaßt werden. Das Schema ist folgendes:

1. Traumatische Hirnerkrankungen: a) traumatisches Delirium, b) truamatischer Schwachsinn, c) traumatische Epilepsie.

2. Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen: a) Tumoren, b) Abszeß, c) sklerotische Erkrankungen, d) *Huntington*sche Chorea, e) andere Hirnerkrankungen.

3. Psychosen bei Vergiftungen: a) akute Vergiftungen, b) chronische Vergiftungen (Morphinismus, Kokainismus usw.).

4. Alkoholismus: a) Rauschzustände, b) Delirium tremens und Alkoholwahnsinn, c) *Korsakoff*sche Psychose, d) Alkoholepilepsie und habituelle Epilepsie der Trinker, e) chronischer Alkoholismus.

5. Psychosen bei körperlichen Erkrankungen: a) Infektionskrank-

[1]) Genaueres s. Psys.-Neur. Wchnsch. vom 5. April 1913.



heiten, b) Chorea, c) Herzkrankheiten, d) Urämie, e) Eklampsie, f) Kollapszustände.

6. Lues cerebri und Tabespsychosen.

7. Progressive Paralyse.

8. Senile und präsenile Erkrankungen: a) seniler Schwachsinn, b) Presbyophrenie, c) seniler Verfolgungswahn, d) *Alzheimer*sche Krankheit.

9. Arteriosklerotische Erkrankungen.

10. Störungen bei Schilddrüsenerkrankungen: a) Kretinismus, b) Myxödem, c) Morbus Basedowii.

11. Endogene Verblödungen: a) Dementia praecox, b) paranoide Schwachsinnsformen.

12. Epilepsie: a) genuine Epilepsie, b) Affektepilepsie, c) Spätepilepsie, d) andere Formen.

13. Manisch-depressive Veranlagungen und Psychosen.

14. Hysterische Persönlichkeiten und Erkrankungen.

15. Andere psychogene Erkrankungen: a) traumatische Neurosen, b) psychogene Haftpsychosen, c) induziertes Irresein, d) Emotionspsychosen, e) sonstige Formen.

16. Paranoide und querulatorische Persönlichkeiten und Paranoia.

17. Psychopathische Persönlichkeiten: a) Nervosität, b) Zwangsvorstellungen, c) sexuell Perverse, d) Haltlose, e) Schwindler und Lügner, f) geborene Verbrecher, g) sonstige Formen.

18. Imbezillität und Debilität.

19. Idiotie: a) syphilitische, b) enzephalitische, c) hydrozephalische, d) sonstige Formen.

20. Ungeklärte und unklare Fälle.

21. Nichtgeisteskrank und nichtpsychopathisch.

Thoma-Illenau bemerkt zu der von der Kommission vorgeschlagenen Einteilung, daß das diesem Vorschlage zugrunde gelegte Heidelberg-Illenauer Schema doch in einigen wesentlichen Punkten abweiche. Er gibt einen kurzen Überblick über die Entstehungsgeschichte und die Hauptgruppen dieses letzteren und hebt hervor, daß die dort durchgeführte Zweiteilung der Psychopathien in die konstitutionellen Zustände und die auf diesem Boden erwachsenden eigentlichen Psychosen gerade für statistische Zwecke, für welche die nicht etwa als psychiatrisches Glaubensbekenntnis anzusehende Einteilung in erster Reihe dienen solle, kaum entbehrt werden könne. Das Schema habe sich bereits auch praktisch in einjährigem Gebrauch in Heidelberg und Illenau durchaus bewährt. Es stellt sich in kurzer Fassung folgendermaßen dar:

1. Originär-paranoische Formen: a) originär-paranoische Konstitution, b) pathologische Entwicklungen (Querulantenwahn, Paranoia).
2. Manisch-depressive Formen: a) manisch-depressive Konstitution, b) manisch-depressives Irresein.

3. Andere psychopathische Formen: a) psychopathische Konstitutionen, b) pathologische Reaktionen.
4. a) Imbezillität (organische Form), b) Idiotie.
5. Kretinismus.
6. Alkoholismus.
7. Morphinismus usw.
8. a) Dementia paralytica progressiva, b) Lues cerebri.
9. Psychosen bei andern Krankheiten der Zentralorgane (Hirntumor usw.).
10. Psychosen nach traumatischer, chemischer oder thermischer Gehirnschädigung.
11. Psychosen bei akuten, toxisch wirkenden Krankheiten.
13. Dementia praecox: a) Jugendformen, b) Spätformen.
14. Epilepsie mit und ohne Seelenstörung.
15. Senile und arteriosklerotische Prozesse.
16. Unklare Fälle.
17. Nicht geisteskrank und nicht psychopathisch.

Auf eine Anfrage *Tuczek*s hin lehnt es die Versammlung ab, heute zu diskutieren. Der Vorschlag von *Vocke* wird angenommen und der Vorstand ermächtigt, die nötigen Schritte zu tun, daß von den zuständigen Verwaltungsbehörden den Anstalten für Geisteskranke die Ausfüllung und Vorlage aller bisherigen Tabellen mit Ausnahme der Morbiditätstabelle und der Tabellen über allgemeine Krankenbewegung und Todesursachen bis auf weiteres erlassen wird. — In die Statistische Kommission wird *Ganser*-Dresden gewählt.

Von der Standeskommission war folgender Antrag vorgelegt: Der Deutsche Verein für Psychiatrie beauftragt seinen Vorstand, geeignete Schritte bei dem Preußischen Ministerium zu tun, um wegen der Gebühren für Vorbesuche der Anstaltsärzte zur Abfassung begründeter Gutachten über solche Individuen, welche in den Anstalten auf ihren Geisteszustand beobachtet werden, den Erlaß klarer gesetzlicher (bezw. Tarif)-Bestimmungen anzuregen.

Begründung: In Preußen sind bisher an die Anstaltsärzte die Gebühren für Vorbesuche zur Vorbereitung eines schriftlichen begründeten Gutachtens über den Geisteszustand eines in der Irrenanstalt zu Beobachtenden anstandlos gezahlt worden. In letzter Zeit aber hat die Preußische Oberrechnungskammer nach einem Erlaß des Ministers die Zahlung beanstandet und die „überhobenen" Gebühren zurückgefordert. Auf den Einspruch der Empfänger sind einige Gerichtsentscheidungen ergangen, die den Anstaltsärzten rechtgeben. Aber die Scherereien hören nicht auf. Es ist nötig, daß eine anderweitige ministerielle Erklärung ergeht, und daß im Tarif zum Gebührengesetz vom 14. Juli 1909 klare Bestimmungen geschaffen werden.



Peretti-Grafenberg spricht für den Antrag.

Neuendorff-Bernburg schlägt vor, sich auch an die Ministerien der übrigen Bundesstaaten zu wenden. Der Antrag der Standeskommission wird angenommen und der Vorstand ermächtigt, auch die Ministerien anderer Einzelstaaten zum Erlaß klarer Tarifbestimmungen anzuregen [1]).

Infolge einer Anregung von *Klinke*-Lublinitz, dahingehend, das Buch von *B. Beyer*, „Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens", allen Reichstags- und Landtagsabgeordneten zuzusenden, schlägt der Vorstand vor, an die Bibliotheken des Reichstags und der Landtage der größeren Bundesstaaten je ein Exemplar zu senden.

Weygandt-Hamburg hält das für wertlos, es müßten vielmehr an jede Fraktion mehrere Exemplare übersandt werden.

Starlinger-Mauer-Öhling teilt mit, daß er gute Erfahrungen mit solcher Zusendung an Mitglieder entsprechender Kommissionen gemacht habe. Die Unkenntnis der einschlägigen Materie in diesen Kreisen sei erstaunlich groß. Er schlägt vor, das Buch bei kommenden Gelegenheiten allen Beteiligten zuzuschicken.

Ganser-Dresden beantragt, den Vorstand zu ermächtigen, bis 100 Exemplare des Buches anzukaufen und darüber in geeigneter Weise zu verfügen. Es wird angeregt, sich dazu noch mit dem Reichstagsabgeordneten *Gerlach* in Verbindung zu setzen. *Ganser*s Vorschlag findet Annahme.

In die Standeskommission wird an Stelle des verstorbenen *Cramer Schröder*-Greifswald gewählt und als Assistenzarzt an Stelle *Pförringer*s, der Anstaltsarzt geworden ist, *Schulz*-Chemnitz.

Die satzunggemäß ausscheidenden Vorstandmitglieder *Möli* und *Tuczek* wurden durch Zuruf wiedergewählt, an Stelle des verstorbenen *Cramer* wird in Zettelwahl *Bonhöffer*Berlin mit 80 von 105 abgegebenen Stimmen gewählt. Er nimmt die Wahl an.

Der Vorsitzende teilt mit, daß seit der vorigen Jahresversammlung die Anstalten Sorau und Zwiefalten ihr hundertjähriges Bestehen gefeiert haben, und daß den Glückwunsch des Vereins in Sorau *Alter* sen., in Zwiefalten *Kreuser* überbracht hat. Bei der Denkmalsenthüllung für *Ludwig* in Heppenheim ward der Verein durch *Kreuser* vertreten.

Schüle-Illenau feiert in diesem Jahre sein 50 jähriges Dienstjubiläum. Er wird aus diesem Anlaß auf Vorschlag des Vorstandes zum Ehrenmitglied des Vereins ernannt.

Dem Schatzmeister *Kreuser* wird auf Grund des gedruckten Rechenschaftsberichts, der von *v. Blomberg* und *Zinn* geprüft ist, Entlastung erteilt und der Jahresbeitrag wieder auf 5 M. festgesetzt.

---

[1]) Der Antrag ist inzwischen durch den Erlaß des Preußischen Ministeriums des Innern vom 16. Mai 1913, Nr. 1431 (s. Ztschr. f. Med. B., 26. Jahrg., Nr. 11, Phys.-Neur. Wschr. 1913, Nr. 11) gegenstandlos geworden.



Hans Laehr berichtet über die Heinrich Laehr-Stiftung, aus deren Mitteln im abgelaufenen Rechnungsjahre 4000 M. an *Rüdin*-München für seine Erblichkeitsforschungen gegeben wurden. Dem Stiftungsvorstande wird auf Grund der von *Schröder* und *Scholinus* geprüften Abrechnung Entlastung erteilt.

Weygandt-Hamburg: Über Infantilismus und Idiotie.

Die Psychiatrie hat der Gruppe der jugendlichen Defektzustände immer noch nicht genügende Rücksicht gewidmet, wie auch die vorgeschlagene Neueinteilung der Geistesstörungen ergibt, wobei eine Gruppe der Imbezillität und Debilität und eine andere der Idiotie zugewiesen wird, letztere mit den Untergruppen der syphilitischen, enzephalitischen und hydrozephalen sowie der sonstigen Formen, während die thyreogenen Störungen ganz abgetrennt werden. Auch heute hat die Zusammenfassung aller Fälle, in denen durch pathologische Umstände ein Organismus nicht zur vollen Entwicklung gelangte, also eine Mißreifung oder Dysgenesie vorliegt, durchaus ihre Berechtigung. Rein praktisch ist die graduelle Gliederung in Idiotie, Imbezillität, Debilität; wissenschaftlich muß aber eine Bildung klinischer Gruppen mit allen Hilfsmitteln der Ätiologie, Psychologie, Anatomie und Serologie angestrebt werden. Vor allem fruchtbar ist die Lehre des Infantilismus, insbesondere der innersekretorischen Störungen.

Eine derartige Gliederung würde heutzutage folgende Gruppen ermöglichen:

1. geistige Unterentwicklung infolge von Erziehungsmangel und

2. infolge von Sinnesmangel; diese beiden Gruppen haben mehr historisches Interesse.

Eingeschränkt gegen früher ist die Zahl der Fälle einer endogenen, schon im Keimplasma begründeten Anlagehemmung des Hirns (3), manchmal sind hinzutretende exogene Faktoren schwer auszuschließen.

Besonders bedeutsam sind die Gruppen der Hirnentwicklungsstörung auf entzündlicher Grundlage, (4) Enzephalitis mit ihren mannigfachen Formen wie Porenzephalie, Mikrogyrie, diffuse Sklerose und Gliose, seltener (5) Meningitis, ferner (6) Hydrozephalie. Es kommen mancherlei Übergangsformen zwischen diesen vor.

Im wesentlichen endogen sind (7) die amaurotische familiäre Idiotie, (8) die tuberöse hypertrophische Sklerose, deren Diagnose intra vitam erst seit wenigen Jahren gelingt, dann (9) die verbreitete mongoloide Degeneration.

Der Infantilismus, das Zurückbleiben der Entwicklung auf einem früheren Jahren entsprechenden, im wesentlichen kindlichen Standpunkte, erstreckt sich nicht allein auf die körperliche Seite, sondern auch



meist auf die psychische Sphäre. Letztere kann bis zu schwerer Idiotie gehemmt und auch direkt verschlechtert sein. Dystrophischer Infantilismus (10) ist bedingt durch Milieueinflüsse, Unterernährung, Darmstörung usw., dann durch Herzfehler (Pulmonal- und Mitralinfantilismus), ferner durch Gifte wie Alkohol, Blei, Quecksilber, schließlich durch Infektion wie Syphilis, Tuberkulose, Malaria, Pellagra. Bei all diesen Formen kann die Intelligenz betroffen sein, meist nur im Grade der Debilität und Imbezillität.

Wichtiger noch sind die mannigfachen Formen des glandulären Infantilismus. Zunächst kommen in Betracht (11) der Status thymicolymphaticus und die Idiotia thymica. Dann (12) die bedeutsame Gruppe des Dysthyreoidismus. Neben Überfunktion der Schilddrüse (Basedow) kann in mannigfacher Weise die Unterfunktion eintreten, so als sporadisches Myxödem bei Kindern wie auch bei Erwachsenen, dann als endemischer Kretinismus, weiterhin als strumöser Schwachsinn (ohne Myxödem und Zwergwuchs), schließlich als thyreoprive Degeneration.

Auch mit (13) Dysgenitalismus unter den auffallenden äußeren Erscheinungen des eunuchoiden Riesenwuchses und der Fettsucht kann Schwachsinn verbunden sein.

Dyspituitarismus (14) findet sich als Degeneratio adiposogenitalis, indem Tumor oder Meningitis serosa den hinteren Hypophysenlappen stören, mehrfach verbunden mit erethischer Idiotie, dann als Akromegalie, gelegentlich mit Idiotie verbunden, auf Grund adenomatöser Vergrößerung des Drüsenlappens der Hypophyse und seiner Äquivalente und entsprechender Überfunktion, schließlich aber auch als hypophysärer Nanismus auf Grund von Unterfunktion dieses Teiles.

Dyspinealismus bedingt die eigenartigen Fälle von körperlicher und psychischer Frühreife.

Dysadrenalismus (15) in Form der Unterfunktion des chromaffinen Systems bringt die Addisonsymptome, dabei psychische Apathie, vereinzelt auch Zwergwuchs, während die adenomatös bedingte Überfunktion der Nebennierenrinde Beschleunigung des Wachstums und der Geschlechtsreife sowie gelegentlich sexuelle Umwandlung hervorbringt.

Daneben ist zu konstatieren, daß manchmal nicht nur im späteren Leben, sondern auch in der Kindheit gleichzeitig mehrere Blutdrüsen insuffizient werden können und somit eine (16) pluriglanduläre Degeneration eintritt. Manche Fälle sind schwer zu deuten, so der einer Familie von 6 Brüdern, von denen der erste, 3. und 5. körperlich



und geistig zurückgeblieben sind. Der älteste ist 17 Jahre alt, 93 cm groß, zeigt erhebliche Ossifikationshemmung, angeborenen Herzfehler und Schwachsinn sowie Hirndruckerscheinungen.

Syphilis (17) bedingt außer kindlicher Paralyse auch mannigfache Idiotieformen, auch Porenzephalie, Hemiplegie, Hydrozephalie, Meningitis, dann vereinzelte nervöse Symptome, ferner ausgesprochenen Infantilismus. Die Psyche kann im verschiedensten Grade ergriffen oder auch intakt sein. Nicht nur Erbsyphilis, sondern auch erworbene kann derartige Folgen haben.

Alkohol (18) ist bedeutsam als Keimschädigung, Trinkerkinder sind gefährdet durch Enzephalitis, Epilepsie und andere Störungen; aber auch der von Kindern genossene Alkohol schädigt in der Form meist leichteren Schwachsinns; auch Infantilismus kann dadurch bedingt sein; gelegentlich brechen schon in der Kindheit Alkoholpsychosen wie Delirium tremens aus.

Athetose (19) kann mit Schwachsinn verknüpft sein, Chorea (20) kann in der Kindheit psychische Störungen bringen.

Spasmophilie (21) kann psychische Minderwertigkeit bedingen; Epilepsie, von der sie nicht immer rein abzutrennen ist, kann symptomatisch auftreten bei Enzephalitis, Hydrozephalie, tuberöser Sklerose usw., aber auch genuin, mit vorwiegend ungünstiger Einwirkung auf die kindliche Psyche.

Rachitis (22) läßt meist die Psyche intakt, aber in manchen Idiotiefällen scheint doch schwere Rachitis die Ursache zu sein.

Chondrodystrophie (23) ist gelegentlich mit Imbezillität oder Debilität verknüpft.

Turmschädel (24), vielfach verbunden mit Erblindung, läßt gewöhnlich die Psyche intakt, aber doch kann auch Schwachsinn dadurch hervorgerufen werden.

Verschiedene Geisteskrankheiten können sich schon durch Störung der Jugendentwicklung ankündigen, so Dementia praecox (25), von der zweckmäßig ein in frühester Kindheit einsetzender, rasch verlaufender Verblödungsprozeß als Dementia infantilis (26) abgegrenzt wird.

Manisch-depressives Irresein (27) bildet gelegentlich die Grundlage gestörter Jugendentwicklung; nicht selten tritt degenerative Hysterie (28) mit Pseudologie in der Kindheit auf, gelegentlich mit Imbezillität verbunden. Auch neurasthenische Störung (29) der psychischen Jugendentwicklung kommt vor.

Schließlich können als Restgruppe (30) einige mehr oder weniger seltene Nervenkrankheiten erwähnt werden, die gelegentlich in der Kindheit eine Störung der geistigen Entwicklung bedingen, vor allem multiple Sklerose, spinale Kinderlähmung, familiäre erbliche Spinalparalyse, *Friedreich*sche

Ataxie, infantiler Kernschwund nach *Möbius*, Hemidystrophia faciei. Schwer zu beurteilen und wahrscheinlich meist zu hoch veranschlagt ist die Bedeutung des Traumas, besonders in der Geburt, für die Entstehung einer Idiotie.

(Der Vortrag ist illustriert durch 120 Tafeln mit Abbildungen klinischen, kraniologischen und histologischen Inhalts sowie durch Idiotenschädel.)

Hans Römer-Illenau: Zur Methode der Irrenstatistik.

Die Geschichte der Irrenstatistik zeigt die unverkennbare Neigung zur fortgesetzten Einschränkung der geforderten Erhebungen: Die seit dem zweiten Drittel des vorigen Jahrhunderts in den Anstalten gebräuchlichen Tabellen wurden im Laufe der Entwicklung immer weiter vereinfacht, auch nach Einführung des individuellen Zählblättchens hat man die ätiologischen Fragen immer mehr vermindert, und heute befürwortet der wohlbegründete Vorschlag der statistischen Kommission des Vereins, von allen ärztlichen Angaben nur noch die Krankheitsform beizubehalten. Diese fortschreitende Bescheidung macht die grundsätzliche Überlegung erforderlich, worin eigentlich heute noch die wissenschaftliche Aufgabe einer zeitgemäßen Reichtsirrenstatistik zu erblicken ist. Erst das klar erkannte Ziel — falls wir ein solches finden — kann dann die einzuschlagenden Wege vorzeichnen.

Abgesehen von den praktisch-administrativen Zwecken der Irrenstatistik für die Aufgaben einer vorausschauenden Irrenfürsorge versprach man sich von jeher von den irrenstatistischen Erhebungen für die klinische Psychiatrie einen unmittelbaren wissenschaftlichen Gewinn, und es fragt sich nun, wie es mit dieser Voraussetzung heute noch steht.

Vom Standpunkte der allgemeinen Überlegung aus muß die Statistik als formale Methode von der Statistik als selbständigen Wissenschaft unterschieden werden.

Als formale Methode der Induktion dient die Statistik der Erfassung kollektiver Bestandmassen, deren Umfang die Kapazität der unmittelbaren Erfahrung übersteigt. Durch dieses numerische Verfahren erleichtern wir uns die objektive Feststellung der Tatsachen und machen uns weniger abhängig von den subjektiven Eindrücken und deren Fehlern. Diese zählende Methode können wir auch in der klinischen Psychiatrie keineswegs entbehren, und es bleibt nur Sache der praktischen Durchführbarkeit, inwieweit sie sich mit einer offiziellen Irrenstatistik zweckmäßig verbinden läßt.

In zweiter Linie kommt die Statistik für uns als selbständiger Wissenszweig in Betracht, als die exakte Wissenschaft von der menschlichen Gesellschaft, als die Demographie bezw. Demologie: die Statistik der ruhend gedachten wie der in Bewegung befindlichen Bevölkerung hat in neuerer Zeit die Gesetzmäßig-



keiten des Gesellschaftslebens in seiner biologisch-sozialen Struktur (nach Geschlecht, Alter, Familienstand usw.) erkennen lassen und damit der Medizinalstatistik, speziell der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik eine neue Grundlage gegeben. Dementsprechend ergibt sich zwischen der Demographie und der Psychiatrie ein wichtiges Zwischengebiet, in dem geradezu die Domäne der Irrenstatistik zu erblicken ist. Vergleicht man nämlich die psychisch Erkrankten eines Territoriums mit dessen Gesamtbevölkerung nach ihrer demologischen Gliederung, so müssen sich neue Gesichtspunkte für die gesellschaftlichen Besonderheiten der erkrankten Bevölkerungsteile und damit auch für wichtige psycho-physiologische Entstehungsbedingungen der geistigen Erkrankungen, namentlich auch solche sozialer Natur, ergeben.

Inwieweit sich diese beiden statistischen Betrachtungsweisen mit einer allgemein und fortlaufend zu erhebenden offiziellen Reichsirrenstatistik verbinden lassen, kann nur die praktische Erfahrung lehren, die allein an Hand von Probeerhebungen gewonnen werden kann.

Der Vortragende teilt die Ergebnisse seiner mehrjährigen statistischen Untersuchungen [1]) unter dem Gesichtspunkte der irrenstatistischen Methodik mit, ohne in diesem Zusammenhang auf die einzelnen psychiatrischen Folgerungen näher einzugehen. Er verwertet dabei einmal eine Statistik über 2770 in den Jahren 1904 bis 1909 in Illenau aufgenommene Kranke und ferner einen Ausschnitt der offiziellen badischen Landesirrenstatistik über 15 980 in den Jahren 1904 bis 1910 in den badischen Landesanstalten und Kliniken vollzogene Internierungen, wobei das Material der Illenauer Statistik auf die Bevölkerung des Aufnahmebezirks nach der Volkszählung von 1905 und das der Landesirrenstatistik auf die Berufszählung von 1907 bezogen wird. Die vergleichende Bearbeitung dieses verschiedenartigen Materials führte zu Ergebnissen für die Methodik, die im folgenden nur in großen Zügen angedeutet werden können:

1. Die medizinalstatistische Erfassung der individuellen Ursachen der Geisteskrankheiten wie erbliche Belastung, Alkoholmißbrauch, Kopfverletzung usw. eignet sich nicht für eine allgemein und fortlaufend zu erhebende Irrenstatistik: die Durchführung derartiger spezieller ärztlicher Notierungen seitens eines großen Kreises von Beobachtern ist im Hinblick auf den subjektiven Charakter der Beurteilung sowie den Mangel an adäquatem Vergleichsmaterial über die entsprechenden Verhältnisse bei Gesunden in wissenschaftlich verwertbarer Weise unmöglich; sie ist aber auch wegen der relativen Konstanz dieser individuellen Verhältnisse bezüglich der räumlichen

[1]) Vgl. *Roemer*, „Zur Methodik der psychiatrischen Ursachenforschung." Bericht über die 41. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte. September 1911. S. diese Ztschr. Bd. 68, S. 875.



Verbreitung und der zeitlichen Geltung unnötig. Derartige wichtige statistische Studien sind den Spezialuntersuchungen einzelner Beobachter vorzubehalten. (Vergleiche zu diesem Punkte speziell bezüglich der Erblichkeitsforschung *Römer*: „Über psychiatrische Erblichkeitsforschung". Archiv f. Rassenhygiene 1912, 3. Heft, S. 317 ff.)

2. Den Hauptgegenstand einer allgemeinen Irrenstatistik, wie sie der deutsche Verein für Psychiatrie plant, bildet die Erfassung der demographischen Verhältnisse der Aufnahmen der Anstalten und Kliniken: diese lassen sich für jeden Fall in einwandfreier, objektiver und damit in allgemein vergleichbarer Weise feststellen und zuverlässig auf die analoge Gliederung der Gesamtbevölkerung beziehen. Die exakte Ausführung dieses demographisch-psychiatrischen Vergleiches ist in der geplanten generellen und periodischen Form durchaus möglich: sie ist aber auch durchaus nötig, da nur bei dieser Methode die fraglichen Beobachtungsmassen in ihrer Totalität, wie dies medizinalstatistisch erforderlich ist, erfaßt, nach ihren detailgeographischen Besonderheiten unterschieden und in der Bewegung ihrer erheblichen zeitlichen Schwankungen verfolgt werden können. Von einer geeignet organisierten allgemeinen Irrenstatistik darf somit als wissenschaftlicher Gewinn die fortschreitende Vertiefung unseres Wissens über die allgemeinen, speziell die sozialen Ursachen der Geisteskrankheiten erwartet werden.

In methodischer Hinsicht handelt es sich also darum, sämtliche während einer bestimmten Zeitspanne in die Kliniken und Anstalten eines Territoriums aufgenommenen Geisteskranken auf die geographisch und zeitlich entsprechenden Bevölkerungseinheiten hinsichtlich der dermologischen Gliederung regelmäßig zu beziehen.

3. Zu diesem Zweck ist in erster Linie die bisher übliche Anstaltsstatistik zur Landes- bezw. zur Reichsirrenstatistik auszubilden, und zwar in der Weise, daß bei der Bearbeitung in der statistischen Zentrale an Stelle der einfachen Addition der Anstaltsstatistiken die Entzifferung des gesamten irrenstatistischen Materials der betreffenden politischen Einheit als eines einheitlichen Ganzen, besonders auch bezüglich der Unterscheidung der Erstaufnahmen, Überführungen und Wiederaufnahmen vorgenommen wird. Namentlich ist die Sonderung der in den betreffenden Territorien erstmals Aufgenommenen unerläßlich, da im wesentlichen nur die Erstaufnahmen für den psychiatrisch-demographischen Vergleich in Betracht kommen können: einmal handelt es sich bei der Irrenstatistik im Gegensatze zu der übrigen Medizinalstatistik für das weitaus überwiegende Gros der Wiederaufnahmen um Verschlimmerungen ein und desselben Krankheitsprozesses, der zur erst



maligen Aufnahme geführt hat, also nicht um das wiederholte Auftreten selbständiger, in sich geschlossener Krankheitszustände, wie z. B. einer Pneumonie; ferner läßt sich die Beziehung der Erkrankten zu den entsprechenden Bevölkerungseinheiten nur durch die Relation der während eines bestimmten Zeitraumes Aufgenommenen auf das Momentbild der zunächstliegenden Volkszählung verwirklichen, und hierbei würden naturgemäß wiederholte Zählungen derselben Personen — gerade bei der hohen Ziffer der Wiederaufnahmen — ein völlig schiefes Bild liefern; endlich gewährleistet einzig die Beschränkung auf die Erstaufnahmen die einwandfreie Verwertung des Aufnahmealters, das die unentbehrliche Grundlage jedes demographischen Aufrisses bildet.

4. Die zweite Vorbedingung für eine allgemeine Irrenstatistik besteht in der Vereinbarung einer zeitgemäßen Einteilung der Krankheitsformen. Im praktischen Gebrauch hat sich die für statistische Zwecke in Illenau, Heidelberg und Wiesloch benutzte Einteilung der Psychosen und Psychopathien bewährt; die bei der Aufstellung beobachteten Grundsätze sind ausführlich mitgeteilt (*Römer*, Eine Einteilung usw. Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neur. Bd. 11, H. 1/2). Im engen Anschluß an dieses Schema hat die statistische Kommission eine weitere Einteilung vorgeschlagen. Vom Standpunkte der Statistik erscheint die Forderung am wichtigsten, daß an Stelle der veralteten Notauskunft der einfachen Seelenstörung das manisch-depressive Irresein, die Dementia praecox, die konstitutionellen Psychopathien, die auf der Basis einer psychopathischen Konstitution bezw. Prädisposition entstehenden Psychosen sowie die senilen Prozesse isoliert aufgeführt und die unklaren Fälle in einer besonderen Rubrik zusammengefaßt werden.

5. Im übrigen hat die Erhebungs- wie die Verarbeitungsweise der Irrenstatistik sich zur Sicherung der Vergleichbarkeit aufs peinlichste an das Muster der Bevölkerungsstatistik anzuschließen.

In dieser Richtung ist zu den hauptsächlichsten Kategorien der demographischen Gliederung auf Grund der vorliegenden Resultate der badischen Landesirrenstatistik folgendes zu erwähnen:

a) Das Geschlecht. Bei der Berechnung auf die Bevölkerung stellt sich die Erkrankungsziffer der Männer erheblich höher als die der Frauen. Dieser Unterschied kommt jedoch erst bei der Beziehung auf die Altersklassen voll zur Geltung, da die Erkrankungsziffer der Frauen gerade in der besonders gefährdeten Periode der Männer vom 25. bis 50. Jahre stark zurückbleibt. Die Kombination mit den Krankheitsformen ergibt für die Männer die stärkere Beteiligung an Alkoholismus und Paralyse, für die Frauen am manisch-depressiven Irresein und an der Hysterie. Für die männlichen und weiblichen Aufnahmen werden zweckmäßig Zählkarten von verschiedener Farbe benutzt.



b) Das Alter. Vergleicht man den Altersaufbau der Aufgenommenen mit der Bevölkerung, so bleibt die Besetzung vom 16. bis 25. Lebensjahre hinter der Erwartung zurück, vom 25. bis 50. Lebensjahre übertrifft sie diese ganz erheblich, um dann im höheren Alter wieder abzufallen. Das psychiatrisch interessantere und naturgemäß wesentlich früher liegende Erkrankungsalter eignet sich für den exakten demographischen Vergleich nicht, da es verschieden weit hinter den Beobachtungszeitraum zurückreicht und deshalb nicht auf das Augenblicksbild einer Volkszählung bezogen werden kann. Für die Zwecke der allgemeinen Irrenstatistik kommt deshalb nur das Aufnahmealter in Betracht. Dieser charakteristische Altersaufbau ist wesentlich durch die Dementia praecox und bei den Männern außerdem durch die Paralyse bedingt.

c) Der Familienstand. Die Erkrankungsgefahr der Ledigen ist beträchtlich größer, die der Verheirateten erheblich geringer, als nach der Gliederung der Bevölkerung zu erwarten wäre, während die Verwitweten und Geschiedenen die Erwartung nur wenig übertreffen. Die Familienstandsverhältnisse können nur in Kombination mit dem Alter richtig erfaßt werden, da, wie erwähnt, die Aufgenommenen sich im Altersaufbau wesentlich von der Bevölkerung unterscheiden. Steht statt der Berufszählung eine Volkszählung für den Vergleich zur Verfügung, so kann man die Geschiedenen von den Verwitweten trennen und dabei ihre auffallend starke Bedrohung nachweisen. Die Kombination mit den Krankheitsformen verspricht einen genaueren Einblick in die kausalen Wechselbeziehungen zwischen Familienstand und psychischer Anomalie.

d) Das Religionsbekenntnis. Die Israeliten erkranken verhältnismäßig erheblich häufiger als die Christen, die Anhänger der Sekten noch häufiger als die Israeliten. Bei etwaigen Unterschieden zwischen Evangelischen und Katholiken ist deren beiderseitige Beteiligung an den stärker bedrohten freien Berufen in Rechnung zu stellen. Die Kombination mit den Krankheitsformen bietet bezüglich der Israeliten rassenpsychiatrisches, bezüglich der Sektenanhänger kulturhistorisches Interesse.

e) Der Beruf und die soziale Stellung. Die Erkrankungsgefahr für die Berufsabteilung der Landwirtschaft fand sich geringer als für die Industrie, für diese geringer als für Handel und Verkehr, für diese etwas größer als für die freien Berufe. Bei der Sonderung nach der sozialen Stellung wurden die genannten Unterschiede für die selbständig Erwerbstätigen noch deutlicher, nur mit dem Unterschiede, daß diese in der Gruppe der freien Berufe wesentlich stärker als im Handel, also überhaupt am stärksten gefährdet erscheinen. Demnach muß außer dem Berufe künftig auch die soziale Stellung erhoben werden, nur dann kann man darauf rechnen, die Kombination mit den Krankheitsformen, die u. a. die relative Häufigkeit der Imbezillität bei den landwirkschaftlichen Arbeitern, der Neurasthenie und der Paralyse bei den Kopfarbeitern

ergibt, mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen. Für feinere Differenzierungen nach dem Beruf ist die Kombination mit dem Alter unerläßlich.

f) Der Wohnsitz. Die detailgeographische Beziehung der Erkrankten auf die Bevölkerung ergibt eine erheblich stärkere Beteiligung der dichter bevölkerten industriellen gegenüber den ländlichen Bezirken. Dies Verhältnis ist bei der Paralyse besonders deutlich ausgeprägt, während beim Alkoholismus die weinbautreibenden Teile Badens gleichfalls stärker beteiligt sind. Die generelle Unterscheidung der Herkunft der Erkrankten nach Stadt und Land läßt in ähnlicher Weise eine geringere Bedrohung der kleineren Gemeinden gegenüber den größeren und großen erkennen. Bei diesen Berechnungen muß an Stelle des für unsere Zwecke ungeeigneten rechtlich-historischen Begriffes der Stadt- bezw. der Landgemeinde eine Einteilung der Gemeinden nach der Größe der Einwohnerzahl maßgebend sein. In Rücksicht auf den verschiedenen Altersaufbau innerhalb der kleinen und großen Gemeindeklassen darf die Kombination mit dem Alter nicht unterlassen werden. Die Internierten, die nach den Erhebungen bezüglich des Kostenersatzes als „ohne festen Wohnsitz umherstreifend" notiert werden, sind Landstreicher; diese erfordern eine gesonderte statistische Behandlung (s. diesen Bd. S. 384).

g) Der Geburtsort. Die Gebürtigkeit der Aufgenommenen liefert, auch wenn eine unmittelbare Beziehung auf die Bevölkerung nicht durchführbar ist, in der Kombination mit dem Wohnsitz wertvolle sozialpsychiatrische Aufschlüsse. Die auf dem Lande Erkrankten sind in Baden so gut wie immer auch auf dem Lande geboren, während die in der Stadt Erkrankten etwa zur Hälfte auf dem Lande geboren sind. Die Kombination mit den Krankheitsformen kann weiterhin ergeben, inwieweit es sich bei den in die Städte Gewanderten und dort Erkrankten um minderwertig Veranlagte handelt, die sich — entsprechend den Befunden *Gaupps* bei den Hysterischen in München — dem Stadtleben nicht anpassen konnten. Derartige Fragen können nur durch eine allgemeine Irrenstatistik befriedigend gelöst werden, da infolge der Bevölkerungsverschiebung der Austausch von Zählkarten zwischen benachbarten Territorien zur Vervollständigung solcher Berechnungen unerläßlich ist.

6. Schließlich ist es eine der wichtigsten Aufgaben einer allgemeinen Irrenstatistik, zur Klärung der Frage, ob die Geisteskrankheiten im Zunehmen begriffen sind, in ihrem Teil beizutragen. Zu diesem Zwecke müssen nicht nur sämtliche Aufnahmen, vielmehr auch gesondert die Erstaufnahmen und unter diesen wieder getrennt die in dem betreffenden Territorium Wohnhaften bezw. Geborenen fortlaufend zu der Bevölkerungsziffer in Beziehung gesetzt werden. Trotz der erheblichen absoluten Zunahme sämtlicher Anstaltszugänge ließ sich für Baden für die Jahre 1904 bis 1910 eine stärkere relative Zunahme der Erstaufnahmen erfreulicherweise nicht nachweisen. Demnach ist auch in diesem



zusammenhange die Behandlung des statistischen Materials eines einzelnen Territoriums als eines einheitlichen Ganzen hinsichtlich der Trennung der Erst- und Wiederaufnahmen nicht zu entbehren.

7. Zur erfolgreichen Inangriffnahme dieses wichtigen sozial-psychiatrischen Problems sowie zur Vervollständigung des psychiatrisch-demographischen Vergleiches sollte die Statistik der internierten Geisteskranken möglichst durch die statistische Erfassung der freilebenden Geisteskranken ergänzt werden. Dies läßt sich, wie ich früher (Psych.-neurol. Wschr., 13. Jahrg., Nr. 10, 3. Juni 1911 „Eine Stammliste usw.") ausgeführt habe, am zweckmäßigsten vermittels eines Irrenkatasters, d. h. einer zentralen Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit erreichen, in die mit Hilfe von Individualkarten alle aktenkundigen sozial-psychiatrischen Ereignisse wie Ehescheidung, Entmündigung, Exkulpierung usw. einzutragen sind.

8. Nach Erprobung und allgemeiner Einführung einer geeigneten irrenstatistischen Zählkarte sollte der Deutsche Verein für Psychiatrie auch für die Geltendmachung der psychiatrischen Gesichtspunkte bei der Verarbeitung des statistischen Materials besorgt sein, die dauernde Zusammenarbeit von Irrenärzten und Bevölkerungsstatistikern zur Durchführung des psychiatrisch-demographischen Vergleichs gewährleisten und die periodische Veröffentlichung der Ergebnisse unter reichlicher Verwertung der graphischen Darstellung veranlassen.

(Der Vortrag wurde durch Projektion zahlreicher Diagramme erläutert. Er erscheint ausführlicher im Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr.).

Alzheimer-Breslau: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox.

Obwohl schon von einer größeren Anzahl von Forschern Veränderungen der Hirnrinde bei der Dementia praecox beschrieben worden sind, müssen unsere Kenntnisse über die pathologische Anatomie derselben noch als recht unzulänglich bezeichnet werden. Und doch wäre es zunächst einmal und gerade jetzt, wo seit *Bleulers* interessanter Monographie über die Psychopathologie der Schizophrenie so vielfach diskutiert wird, besonders wichtig zu wissen, ob sie mit erheblichen Schädigungen des nervösen Gewebes einhergeht. Gelänge der Nachweis, daß beträchtliche Teile der Rinde zugrunde gehen oder schwer geschädigt werden, so würde man annehmen dürfen, daß dieser Verlust mit einer tiefgehenden Verblödung,

wenn auch besonderer Art, verbunden ist, und man würde Bedenken tragen müssen, die schizophrene Demenz aufzufassen als eine Art von Pseudodemenz, die nur dadurch vorgetäuscht wird, „daß die Kranken ihre Gedanken zerspalten, daß sie ihre Affekte absperren, daß sie sich von der Wirklichkeit abkehren". Ja, es müßte überhaupt gewagt erscheinen, die Leistungen eines so schwer geschädigten Gehirns mit normalen Seelenvorgängen in weitem Umfange zu vergleichen, den Inhalt der Psychose verstehen, primäre und sekundäre Störungen auseinanderhalten zu wollen.

Das Verständnis des pathologisch-anatomischen Vorganges, welcher der Dementia praecox zugrunde liegt, ist zunächst deswegen erschwert, weil es sich in den allermeisten Fällen um einen chronisch verlaufenden Krankheitsvorgang handelt und das zentrale Nervengewebe ganz verschieden aussieht, wenn es sich um einen eben einsetzenden Prozeß handelt oder um einen Zustand, bei dem die Abräumung im vollen Gange oder schon die Narbe gebildet ist. Da die Krankheit allem Anscheine nach oft in Schüben fortschreitet, finden sich dazu manchmal die verschiedenen Stadien vermengt. Weiter wird die Reinheit der histologischen Befunde allzuhäufig getrübt durch Merkmale fieberhafter Infektionen, langer Kachexie oder vorgeschrittenen Alters. Unter 55 Fällen von Dementia praecox ließen sich nur 18 als im wesentlichen unkompliziert verwerten. Die Mehrzahl der Gehirne verdanke ich den Herren Ärzten der oberbayrischen Anstalt Eglfing.

Die 6 akuten Fälle zeigen die Veränderungen, wie ich sie schon eingehender in meinen Studien über die amöboide Glia beschrieben habe, und wie sie teilweise auch schon früher geschildert worden sind. Von besonderem Interesse ist nach unseren oben gegebenen Darlegungen aber der Nachweis und die genauere Feststellung der Ausfälle in der Hirnrinde von verblödeten Kranken.

In allen Fällen waren Ausfälle nachweisbar. Recht häufig waren sie sehr augenfällig, in andern erwies sich zur Erkennung derselben der Vergleich photographischer Übersichtsbilder mit entsprechenden Stellen aus normalen Gehirnen sehr nützlich. Sie führen dann oft auch zu Störungen in der Schichtenanordnung. wie das früher schon *F. Sioli* hervorgehoben hat. Diese Störung ist nie so erheblich wie bei der progressiven Paralyse, bei der die einzelnen Schichten oft ihre deutliche Abgrenzung verlieren, führt aber oft dazu, daß die Ganglienzellen einer Schicht mit ihren Spitzenfortsätzen nach ganz verschiedenen Richtungen orientiert sind, was normalerweise nicht vorkommt.

Die Ausfälle sind in der 2. und 3. Schicht am deutlichsten zu erkennen. Dort, wo sie nicht sehr augenfällig sind, finden sich regelmäßig zahllose Ganglienzellen der oberen Schichten in einem Zustande der Sklerose, wie wir ihn auch bei der Paralyse häufig an den gleichen Stellen sehen. Diese Sklerose ist nun fast regelmäßig mit einer lipoiden Degeneration verbunden, welche in den einzelnen Fällen dem Grade nach



wechselt, durchaus nicht immer bei den am längsten Erkrankten am stärksten ist, sondern sich am ausgeprägtesten bei zwei-, dreijähriger Krankheitsdauer fand. Vielleicht verschwinden die lipoiden Stoffe später wieder aus den Zellen. In solchen Fällen hat zuerst *Cotton* in der 2. und 3. Schicht der Hirnrinde Ganglienzellen dargestellt, bei denen ein basaler Fortsatz — wohl sicher der Achsenzylinderfortsatz — in einen Fettsack umgewandelt war, ähnlich wie wir das bei der amaurotischen Idiotie sehen.

Eine Lichtung der Markfasern, wie sie *Goldstein* beschrieben hat, war oft recht deutlich. Daß feine Achsenzylinder zugrunde gehen, kann man in den frischen Fällen sehen.

In dem Grade des Ergriffenseins der einzelnen Windungen scheinen sich bei verschiedenen Fällen wesentliche Abweichungen zu ergeben.

Wie aus mancherlei andern Tatsachen der allgemeinen Pathologie hervorgeht, bedeutet eine hochgradige Sklerose der Ganglienzellen, verbunden mit fettiger Degeneration, eine schwere Schädigung der Funktion. So müssen auch die Schädigungen der nervösen Elemente der Hirnrinde bei der Dementia praecox als recht erheblich bezeichnet werden.

In einzelnen Fällen, z. B. gegenüber manisch depressiven Mischzuständen, dürften die Befunde heute schon gelegentlich differentialdiagnostisch verwertet werden können. Ein Schluß von der Lokalisation der Veränderungen auf die klinische Erscheinungsform der Dementia praecox wird aber erst dann zulässig werden, wenn die Ausbreitung der Gewebsveränderungen noch besser studiert und noch etwas mehr Licht gebracht worden ist in die Frage nach der physiologischen Bedeutung der einzelnen Rindenschichten.

A. Jakob-Hamburg: Zur Pathologie der (nicht genuinen) Epilepsie. (Mit Demonstrationen.)

Vortr. referiert über seltene Fälle, die klinisch als „genuine Epilepsie" diagnostiziert wurden, und bei denen die anatomische Untersuchung einen bemerkenswerten und interessanten Befund erheben konnte.

I. P. We. mit hereditärer Belastung (Potus der Großeltern), normaler Geburt und Entwicklung bis zur Impfung im 2. Jahre. 4 Tage nach der Impfung veitstanzähnliche Zuckungen im ganzen Körper, die ungefähr ein halbes Jahr nachher zu schweren epileptischen Anfällen wurden. Die Anfälle treten oft gehäuft auf; auch Tobsuchtsanfälle kommen hinzu. P. bleibt in der geistigen Entwicklung zurück. Mit 22 Jahren in Friedrichsberg aufgenommen, zeigte körperlich nur auf dem Rücken und der rechten Brustseite einige pigmentierte, erbsen- bis bohnengroße Naevi als auffallenden Befund; die psychische Entwicklung gleicht einem 6 jährigen Kinde; die Sprache ist stotternd. Die Anfälle treten zumeist gehäuft auf, in den letzten 34 Stunden noch 400 Anfälle. Exitus im Status epilepticus mit 24 Jahren.

Die Sektion ergibt eine prall gespannte Dura und abgeplattete Hirn-



windungen, als weiteren auffallenden Befund nur am oberen Pol der F² eine verbreiterte, etwas derbe, sich leicht vorwölbende Windung, die auf dem Durchschnitt gefäßlos-weiß, derber und unscharf gegen das Mark abgegrenzt erscheint, sonst findet sich — außer den Hautnaevi — weder im Gehirn noch im übrigen Körper etwas Auffallendes.

Die mikroskopische Untersuchung weist in der erwähnten Windungspartie neben einer beträchtlichen Gliazell- und -Faservermehrung namentlich in der äußersten Schicht gewisse Störungen der Zellarchitektonik nach und vor allem das Vorkommen großer atypischer Zellen, die teils als Ganglienzellen, teils als Gliazellen aufgefaßt werden müssen. Im übrigen Gehirn sind an manchen Stellen proliferative Erscheinungen der Randglia, degenerative Veränderungen an den Ganglienzellen und Kernteilungen an den Gliaelementen festzustellen.

Der Fall ist als abortive Form einer tuberösen Sklerose aufzufassen und ist dadurch interessant, daß er nur einen Windungsabschnitt im Sinne dieser Erkrankung affiziert zeigt, und daß sich keine zirkumskripten Knoten im Gehirn noch Tumoren an Herz und Niere auffinden lassen.

Eine gewisse Verwandtschaft im anatomischen Befunde zeigt ein zweiter Fall.

II. P. Scha., ohne Hereditat, mit normaler Entwicklung; leicht aufgeregt. Mit 6 Jahren Masern und hierauf krampfartige Zuckungen, die allmählich länger dauern und zu Krämpfen werden. Zeitweise gehäufte Anfälle und Schreikrämpfe. Mit 13 Jahren aufgenommen, zeigt das Kind körperlich Schwimmhautbildung an Händen und Füßen, sehr lebhafte Sehnenreflexe. Wassermannreaktion im Blut und Liquor. P. ist gewalttätig, widerspenstig und eigensinnig. Gehäufte Anfälle und Absenzen; in den letzten 3 Tagen über 70 Anfälle. Exitus mit 12½ Jahren im Status epilepticus.

Die makroskopische Sektion ergibt nichts Besonderes. Mikroskopisch findet sich vornehmlich eine bedeutende Gliaproliferation in der ersten Rindenschicht mit *Cajal*schen Zellen, eine beträchtliche Vermehrung gewucherter Gliazellen in Rinde und Mark, Desorientierung von Ganglienzellen in den einzelnen Rindenschichten und Einlagerung zahlreicher Ganglienzellen in den der Rinde angrenzenden Markanteilen. An einer Stelle enthält die 4. Rindenschicht eine ganz atypische, bipolare Ganglienzelle. Häufig sieht man, wie Ganglienzellen von den zahlreichen gewucherten Gliazellen wie eingekapselt werden; auch synzytischen Verbänden von Gliazellen wie Kernteilungen in diesen begegnet man nicht selten. Außerdem ist noch eine beträchtliche Ependymwucherung in den Ventrikeln festzustellen. Die Veränderungen sind in der Großhirnrinde am meisten ausgesprochen, aber auch in den basalen Ganglien und im Kleinhirn deutlich vorhanden (der Nucl. dentatus des Kleinhirns scheint frei).

So zeigt der an sich sehr charakteristische Befund gewisse Verwandtschaft mit den in manchen Fällen von genuiner Epilepsie gefundenen



Veränderungen (*Alzheimer*), anderseits hat er an vereinzelten Stellen Ähnlichkeit mit Bildern der tuberösen Sklerose und ähnelt wohl mit gewissen Verschiebungen und Einschränkungen am meisten dem anatomischen Substrat eines von *Alzheimer* näher erläuterten Falles von *Westphal-Strümpell*scher Pseudosklerose. Während wir in all diesen verwandten Prozessen Differenzierungs- und Anlagestörungen annehmen müssen, ist ein weiterer dritter Fall genetisch anders aufzufassen:

III. P. Go., hereditär belastet (Vater der Mutter Trinker, Mutter epileptisch), von guter körperlicher Entwicklung; blieb in der Schule sitzen, kann aber als Bäcker arbeiten. Mit 17 Jahren zum ersten Male epileptische Krämpfe, die sich von da an, mit sehr schweren Erregungszuständen verbunden, monatlich ungefähr drei- bis viermal wiederholen. Die Anfälle werden häufig von einem kribbelnden Gefühl in den Händen eingeleitet. P. zeigt stotternde Sprache; stirbt plötzlich nach einem sehr schweren Anfall im Alter von 54 Jahren.

Bei der Hirnsektion findet sich eine beiderseits symmetrisch eingesunkene, derbe und mikrogyre Furche, vornehmlich die untersten vorderen Windungen des Parietallappens und die Temps. befallend (r. > l.). Mikroskopisch zeigt sich, daß die betreffenden Windungsstellen marklos und sklerosiert sind; die Ganglienzellen, zum Teil zweikernig und schwer sklerotisch verändert, liegen in unregelmäßigen Gruppen zusammen, die Glia ist namentlich am Rande stark gewuchert, so daß einzelne Brücken zwischen solchen sklerotischen Windungen nur von büschelförmiger, faseriger Glia gebildet sind.

Der Prozeß wird als atrophische lobäre Sklerose, basierend auf einer alten Enzephalitis, aufgefaßt.

Die Ausführungen wurden durch Demonstration von Hirnschnitten, Mikrophotogrammen und Zeichnungen erläutert.

Weber-Chemnitz: Anatomische Befunde bei akuten Psychosen.

Manchmal findet sich als anatomisch nachweisbare Grundlage einer scheinbar rein funktionellen Psychose eine Kombination verschiedener Krankheitsprozesse, von denen jeder einzelne die akute, tödlich verlaufende Geistesstörung nicht ausreichend erklären würde. Es handelt sich gewöhnlich um Einwirkung einer akuten Schädigung auf einen schon länger bestehenden chronischen Hirnprozeß. Der letztere kann derartig sein, daß er, obwohl er eine diffuse Veränderung des Gehirns darstellt, doch lange Zeit keine Funktionsstörungen hervorruft und deshalb symptomlos bleibt. Erst unter der Einwirkung der akuten Noxe versagt das durch den chronischen Prozeß beeinträchtigte Gehirn und reagiert mit einer schweren, oft tödlich verlaufenden Funktionsstörung.

Von solchen akuten Schädigungen kommen in Betracht: Traumen, Intoxikationen, Infektionen, Erkrankungen anderer Organe, namentlich



Kreislaufstörungen. Als chronische Hirnprozesse, die lange Zeit symptomlos bleiben können, finden sich diffuse chronische fibröse Leptomeningitis, vielleicht als Residuum einer früheren akuten Erkrankung oder diffuse Sklerose der Hirngefäße. Die letztere, wenn sie in Form der fibrösen Entartung zahlreicher feinerer Gefäßäste auftritt, kann nicht nur längere Zeit symptomlos bleiben, sondern ist oft auch post mortem makroskopisch nicht erkennbar, so daß erst durch die mikroskopische Untersuchung diese anatomische Grundlage festzustellen ist.

Es ist denkbar, daß auch bei akuten, nicht tödlich verlaufenden Psychosen gelegentlich ein ähnlicher Mechanismus zugrunde liegt, der, weil der chronische Prozeß für sich allein keine Symptome gemacht hat, schwer nachgewiesen werden kann. Dadurch würde sich für manche Fälle die elektive Wirkung akuter Schädigungen erklären, ohne daß man jedesmal zu der Hypothese einer endogenen Prädisposition seine Zuflucht zu nehmen braucht. Auch andere organische Hirnerkrankungen bestimmter Art, z. B. meningitische Prozesse, Tumoren, können gelegentlich durch eine solche Kombination von zwei ganz anders gearteten Veränderungen vorgetäuscht werden.

Folgende Fälle werden als Beispiele angeführt:

1. Akuter Prozeß: Zirkulationsstörung. Chronische Veränderung: schwielige Leptomeningitis. — 27 jähriger Mann, wiederholt Influenza, erkrankt nach Ablauf einer neuen Influenzaattacke an einer akuten Psychose, die unter ängstlicher Verwirrtheit, katatonen Symptomen in 14 Tagen zum Tode führt. Es findet sich diffuse, schwielige, kernarme Leptomeningitis; dabei nervöse Hyperämie und Blutungen in Pia und Rinde als Folge einer akuten Herzverfettung.

2. Wie bei 1. — 60 jähriger Mann, der im 30. Jahr an einer heilbaren Psychose litt, erkrankt an einer ängstlich-hypochondrischen, tödlich verlaufenden Psychose. Befund: ebenfalls eine ausgebreitete, alte, schwielige Leptomeningitis, Hyperämie und Hirnödem; daneben Myokarditis infolge von Koronarsklerose.

3. Akute Schädigung: Commotio. Chronischer Prozeß: Arteriofibrose. — 47 jähriger Mann, erkrankt nach einer leichten Hirnerschütterung mit Angst, Verstimmung und Hirndrucksymptomen und stirbt 14 Tage nach dem Unfall. Es findet sich an dem makroskopisch intakten Gehirn mikroskopisch fibröse und hyaline Entartung zahlreicher feinerer Rindengefäße, perivaskuläres Ödem und miliare perivaskuläre Blutungen in allen Teilen des Gehirns.

4. Akute Schädigung: Narkose. Chronischer Prozeß: Arteriosklerose. — 53 jährige Frau, erkrankt nach einer unter Lumbalanästhesie und Chloroformnarkose ausgeführten Uterusoperation mit Verwirrtheit, Benommenheit, Nackenstarre, Stauungspapille, rechtseitigem Babinski und stirbt 6 Tage später. Befund: grobe und feine Hirnarteriosklerose mit miliaren Erweichungsherden und Lichtungsbezirken.



Thoma-Illenau: Demonstration zur pathologischen Histologie des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes alkoholischen Ursprungs.

Vortr. demonstriert eine Anzahl von Photogrammen mikroskopischer Präparate, speziell Rindendurchschnitte von Korsakoff im Vergleich zu normaler, paralytischer und seniler Rinde. Es kommt dabei besonders zum Ausdruck, daß bei Korsakoff die beiden obersten Schichten der Rinde weniger erkrankt sind als die tieferen, wodurch sich die Lokalisation des Krankheitsprozesses z. B. von der Paralyse unterscheidet.

Der Vortrag ist in extenso in dieser Zeitschrift S. 331 ff. veröffentlicht.

Kirchberg-Frankfurt a. M.: Zur Lehre von den Kinderpsychosen.

Vortr. unterscheidet bei den Patienten, die in der Kinderabteilung der städtischen Irrenanstalt in Frankfurt aufgenommen wurden, drei Gruppen:

Die erste Gruppe umfaßt ausgesprochene Psychosen, die zweite akute, heilbare, nervöse Störungen. Die dritte Gruppe schließt die Fälle leichteren Schwachsinns, nervöser Konstitution und psychischer Entartung ein und besteht fast ausschließlich aus Fürsorgezöglingen.

Unter ausführlicherer Mitteilung einiger instruktiver Fälle bespricht Vortr. juvenile Paralyse, Katatonie und manisch-depressives Irresein und hebt besonders eine interessante Beobachtung von induzierter Paranoia bei einem psychopathischen Knaben hervor.

Zusammenfassend betont er die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose; besonders bei Fällen von Katatonie mit sehr schleichendem oder in kurzen Schüben fortschreitendem Beginn sowie namentlich dann, wenn es überhaupt nicht zu ausgeprägteren psychotischen Erscheinungen kommt, kann die rechtzeitige Erkennung auf große Schwierigkeiten stoßen.

Chotzen-Breslau: Über Intelligenzprüfungen an Kindern nach der Methode von *Binet* und *Simon*.

Im Kindesalter muß man die veränderliche Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Jahren bei Defektprüfungen richtig abschätzen können. Hier reicht ein Maßstab nicht aus, sondern während des Ablaufs der Entwicklung muß jedes Lebensalter mit besonderem Maße gemessen werden. Um Herabsetzungen richtig zu beurteilen, muß man die normale Leistungsfähigkeit jedes Alters, den Verlauf der Entwicklung kennen. Auf dieser Kenntnis beruht die Intelligenzprüfungsmethode von *Binet* und *Simon*. In verschiedenartigen Leistungen, die unabhängig von Unterweisung und Milieu stets in demselben Alter sich einstellen, war empirisch die charakteristische Leistungsfähigkeit jedes Alters und so eine normale Stufenleiter der Intelligenzentwicklung gefunden worden. An ihr kann man die



intellektuelle Reife eines Kindes messen und durch Vergleich mit der Durchschnittsleistung seiner Altersstufe feststellen, ob sie damit übereinstimmt, höher oder niedriger ist. Das Verhältnis dieses „Intelligenzalters" zum Lebensalter spiegelt die natürliche Begabung der Kinder richtig wieder. Schwachsinnige bleiben immer hinter der Durchschnittsleistung zurück, um so mehr, je größer der Schwachsinn ist, so daß dieser Rückstand als annähernd genaues Maß für die Herabsetzung der Intelligenz gelten kann. Ein geringer Rückstand hat keine üble Bedeutung, aber von einer gewissen Größe ab weist er sicher auf Schwachsinn (2 Jahre im Alter von 8 und 9 Jahren, 3 Jahre bei älteren). Wenn Kinder mit geringerem Rückstande versagen, so liegen noch andere Gründe in nicht intellektuellen Schädigungen vor, Verwahrlosung, erschöpfende Krankheiten und besonders psychopathische Konstitution.

Bei dieser Methode sind, da sie von der physiologischen Entwicklung ausgeht, die Resultate allgemeingültig und unmittelbar vergleichbar. Für jedes Lebensalter hat man ein besonderes, zupassendes Maß; man weiß, was für Anforderungen man in jedem Alter stellen darf. Die Intelligenzherabsetzung wird genau gemessen, und man erkennt klar, inwieweit die Schulfähigkeit durch sie oder andere Schädigungen herabgesetzt ist, und kann danach die Unterbringung in Sonderschulen und die sonstige Behandlung zweckmäßiger regeln. Aus der Größe des Rückstandes läßt sich auch ungefähr auf die weitere Entwicklungsmöglichkeit schließen. Das Intelligenzalter kennzeichnet auch die intellektuelle Höhe anschaulicher als die Diagnosen debil und imbezill, ein Vorteil für pädagogische und forensische Zwecke. Die Untersuchung gibt ferner nicht nur über die intellektuelle Anlage, sondern auch über die sonstige psychologische Eigenart des einzelnen Kindes in kurzer Zeit ein treffendes Bild, da infolge der Mannigfaltigkeit der Tests die verschiedenen Funktionen geprüft werden; besonders aber ist die Art, wie sich die Kinder zu den einzelnen Aufgaben stellen, sehr charakteristisch.

Die *Binet*sche Stufenleiter gibt die Möglichkeit, den Fragen näher zu kommen: Ist die Intelligenzentwicklung in diesen krankhaften Zuständen mit der normalen vergleichbar? Wie verläuft sie beim Schwachsinn? Sind die Unterschiede nur quantitative oder qualitative? Verhalten sich alle Formen des Schwachsinns gleich, oder gibt es charakteristische Unterschiede?

Im allgemeinen verläuft die Entwicklung anfangs rascher, später langsamer, so daß ein Jahr immer weniger in der Entwicklung ausmacht. Darum hat auch ein Rückstand gleicher Größe in verschiedenem Alter verschiedene Bedeutung, er erhält seinen richtigen Wert erst durch sein Verhältnis zum Lebensalter. Gegenüber der normalen ist die Entwicklung im allgemeinen stark verzögert und steht frühzeitig still, je nach dem Grade der Intelligenzschädigung auf höherer oder tieferer Stufe (Idioten bei 3, Imbezille bei 7, Debile bei 10 Jahren). Der Ablauf aber, wie er sich in der

Reihenfolge der Lösung der Tests ausdrückt, stimmt innerhalb dieser Grenzen mit der Testreihe der *Binet*schen Stufenleiter bis auf einige Verschiebungen überein. In diesen zeigt sich ein qualitativer Unterschied. Ältere Schwachsinnige gleichen also jüngeren Normalen, deren Intelligenzalter sie haben, nicht ganz, sie sind ihnen in einigen Leistungen überlegen und stehen ihnen in andern nach. Die Tests haben nämlich verschiedene Wertigkeit in bezug auf die Intelligenz. Die einen haben innigere Beziehungen zu ihr, bei andern überwiegt der Einfluß der Altersentwicklung. Abgesehen von diesen Änderungen ist aber der Gang der Testentwicklung der gleiche wie bei Normalen, und daher ist der Vergleich möglich und bewährt sich zur Intelligenzmessung. Nach den bisherigen Untersuchungen scheinen sich alle Schwachsinnsformen, auch die mit greifbaren Veränderungen, darin in der Hauptsache gleich zu verhalten. Ein größeres Material an solchen könnte vielleicht noch feinere Unterschiede aufdecken; dabei würde auch die verschiedene Wertigkeit der Tests noch klarer werden. Der gleiche Ablauf der Entwicklung muß auf den gleichen physiologischen Prozeß bei allen Schwachsinnsformen neben den jeweiligen krankhaften Veränderungen deuten. Es würde daher besonders interessant sein, frühzeitige, mit diffusen Veränderungen einhergehende Erkrankungen, wie die mongoloide Idiotie oder den Kretinismus, heranzuziehen und zu untersuchen, wie sich hier die Entwicklung zum Intelligenzalter und zur Testreihe verhält. Auch die Epilepsie stellt mit ihrer spät einsetzenden, aber fortschreitenden Verblödung ein noch zu untersuchendes Problem in deren Einfluß auf Testreihe und Intelligenzalter, in dem sich etwaige angeborene Geistesschwäche natürlich wie sonst ausprägt.

3. Sitzung.
14. Mai 1913, vormittags 9 Uhr,
im Landeshaus.

2. Referat über Psychiatrie und Fürsorgeerziehung.

1. *Stier*-Berlin: Bei der praktischen Betätigung in der Fürsorgeerziehung ist es eine Hauptaufgabe des Psychiaters, tunlichst rasch und sicher die spezifische Eigenart der ihm Überwiesenen zu erkennen und die als psychisch abnorm erkannten Zöglinge einzuteilen in kleinere und größere Gruppen, die daraufhin einer bis zu gewissem Grade einheitlichen Behandlung unterzogen werden können.

Als erste große Teilung empfiehlt Vortr. die Trennung der Kinder in drei Gruppen:

1. Schwachsinnige,
2. Psychopathen,
3. schwachsinnige Psychopathen.

Diese Einteilung vermeidet den ethischen und sozialen, aber nicht ärztlichen Begriff der Minderwertigkeit. Sie ist vollständig, wenn wir von



den Epileptikern und den nicht eigentlich in das Gebiet der Psychiatrie gehörigen Neuropathen absehen, und wenn wir als Schwachsinnige die Kinder mit Störungen des Verstandeslebens, als Psychopathen diejenigen mit Störungen des Trieb- und Affektlebens und als schwachsinnige Psychopathen diejenigen bezeichnen, bei denen diese beiden Komponenten des kindlichen Seelenlebens Störungen aufweisen.

Die Psychopathen lassen sich weiterhin in zwei größere Gruppen einteilen, nämlich diejenigen, bei denen das Trieb- und Affektleben eine krankhafte Steigerung, und diejenigen, bei denen es eine krankhafte Abschwächung zeigt. Die erste Gruppe ist charakterisiert auf dem Gebiete der reinen Selbsterhaltung durch übermäßige Neigung zum Essen bis zur Freßgier, auf dem Gebiete der Selbstbehauptung durch das gesteigerte Bemühen, in Angriff oder Verteidigung mit oft roher oder brutaler Rücksichtlosigkeit die eigene Person zur Geltung zu bringen, auf dem Gebiete des Affektlebens durch maßlose Wut- und Zornausbrüche bei jedem Versuch, ihrem gesteigerten Egoismus entgegenzutreten, auf dem Gebiete des Sexual-, also Arterhaltungstriebes, endlich durch ein verfrühtes Durchbrechen dieses dem normalen Kindesalter noch fehlenden Triebes.

Die zweite Gruppe ist charakterisiert auf dem Gebiete der Selbsterhaltung durch das krankhafte Darniederliegen des Hungers, also der triebmäßigen Reaktion gegenüber den Angriffen des Stoffwechsels auf den Organismus — ein Symptom, das oft, aber nicht immer verbunden ist mit neuropathischen Störungen und einer allgemeinen Schwäche der gesamten Konstitution —; auf dem Gebiete der Selbstbehauptung ist sie charakterisiert dadurch, daß diese Kinder schüchtern und scheu zurückweichen vor allem, was ihnen von außen entgegentritt, daß sie zu Traurigkeit und vor allem zu Angstzuständen neigen, zerstreut, unaufmerksam, reizbar sind und nicht zielstrebig denken können.

Weitere Formen der psychopathischen Kinder werden uns am besten verständlich, wenn wir die Kindheit an sich unter dem Gesichtswinkel des Entwicklungsgedankens erfassen und bedenken, daß in psychischer Beziehung die Entwicklung vom Säugling bis zum Erwachsenen gleichsam eine kurze Wiederholung der phylogenetischen Entwicklung des Seelenlebens im aufsteigenden Tierreich darstellt. In beiden Fällen sehen wir die allmähliche Überlagerung des primitiven, gleich nach der Geburt fertig funktionierenden, für jede Tierart in seiner Form konstanten Instinktlebens durch das erst im individuellen Leben sich ausgestaltende Verstandesleben, das hemmend und regulierend zwischen initialen Reiz und die gefühlsbetonte motorische Reaktion sich einschiebt. Der reicheren Entwicklung des Verstandeslebens entspricht in der aufsteigenden Tierreihe sowohl wie in der Kindheitsentwicklung die allmähliche Abnahme der sieghaften Kraft des Trieblebens in einer Weise, die durchaus vergleichbar ist der abnehmenden Leistungsfähigkeit des Paläenzephalon bei zunehmender Größe und Leistungsfähigkeit des

Neenzephalon (im Sinne *Edingers*) in der aufsteigenden Tierreihe. Das phylogenetisch ältere Trieb- und Affektleben ein paläopsychisches, das phylogenetisch jüngere Verstandesleben ein neopsychisches zu nennen, dürfte daher als Analogon zu den *Edinger*schen anatomischen Benennungen vielleicht berechtigt sein.

Unserem Verständnis näher gebracht würden bei solcher Auffassung zunächst die Perversionen, die wir bei psychopathischen Kindern auf dem Gebiete der Selbsterhaltung als lustbetontes Verschlingen ungenießbarer Stoffe (z. B. Koprophagie), auf dem Gebiete der Selbstbehauptung als lustbetontes, an sich zweckloses Quälen anderer Menschen und Tiere antreffen. Die Perversionen wären dann anzusehen als falsche Verankerungen der individuell erworbenen Vorstellungen mit einem ihnen nicht zugehörenden, dem Triebleben entstammenden Gefühl. Aber auch die wesentlich vom Milieu beeinflußten Krankheitsformen psychopathischer Kinder, bei denen das Verstandesleben als zu früh und zu selbständig ohne ausreichende Direktive vom Triebleben sich entwickelt (altkluge Kinder und solche, denen die Fähigkeit der Einfühlung fehlt), und ebenso die umgekehrte Form, in denen die Beeinflussung und Beherrschung des Trieblebens durch die Lebenserfahrung allzu spät einsetzt — einzige Kinder und manche fast oder ganz erwachsene Psychopathen — würden in der genannten Weise vielleicht leichter verständlich werden.

Bemerkenswert ist auch, daß die geringe Zahl der beim Kinde erst vorhandenen Vorstellungen und ihre ungenügende Zusammenballung zu größeren Komplexen ebenso wie der damit zusammenhängende, mehr kurzwellige Ablauf der Affekte besondere Eigenarten des kindlichen Seelenlebens darstellen, die als Ursache für das Fehlen echter Psychosen, besonders des manisch-depressiven Irreseins und größerer Wahnsysteme angesprochen werden müssen.

Die Prognose der schwachsinnigen Psychopathen ist im allgemeinen schlecht. Die Prognose der nicht schwachsinnigen Psychopathen mit krankhaft gesteigertem Triebleben ist nur mäßig gut, bei geschwächtem Triebleben dagegen besser. Für die Therapie ist bei den letztgenannten Anstaltsbehandlung nicht immer entbehrlich; die an sich notwendige Stärkung des Selbstgefühls und der Aktivität gelingt in leidlich gutem Milieu auch ohne sie; bei den Kindern mit gesteigertem Triebleben ist Anstaltsbehandlung meist unentbehrlich, da nur so die nötige Behandlung — schonende Behinderung in sorgfältig überwachtem Gemeinschaftsleben — durchgeführt und eine Abdämpfung der Affektivität sowei. erreicht werden kann, daß eine leidlich soziale Lebensführung erzielt wird In dem neuen, von der „Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge" geschaffenen Heilerziehungsheim in Templin versuchen wir praktisch jetzt diese Grundsätze der Behandlung zu betätigen.

2. *Mönkemöller*-Hildesheim: Bei dem großen Prozentsatze von Psychopathen, der sich in der Fürsorgeerziehung zusammendrängt, ist sie gezwungen, diesem Faktor in der Erziehung ausgiebig Rechnung zu tragen. Da dieses Eindrängen der Psychopathie nie ganz verhütet werden kann, muß auch in Zukunft den geistig Minderwertigen innerhalb dieser Form der Erziehung selbst zu ihrem psychiatrischen Rechte verholfen werden. Sie bleibt aber im wesentlichen ein Erziehungswerk, an dem der Psychiater sich nicht ausschlaggebend, sondern nur in begrenztem Maße beteiligen kann. Er muß sich soweit Geltung verschaffen, daß die Psychopathen ungefährdet durch diese Zeit durchgebracht werden. In erster Linie müssen die Fürsorgeerzieher soweit erzogen werden, daß sie dem Hereinspielen dieser Faktoren gerecht werden können.

Die periodischen psychiatrischen Untersuchungen stellen neben dieser psychiatrischen Heranbildung der Fürsorgeerzieher das sicherste Mittel dar, um die geistig minderwertigen Zöglinge in der Anstalt selbst zu erkennen und der geeigneten Behandlung zuzuführen. Vor dem Eintritte in die Fürsorgeerziehung wird es auch bei aller Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden nie möglich sein, alle krank veranlagten Elemente zu erfassen. Die Beobachtungsstationen können nur den Fällen gerecht werden, die durch ihr Verhalten in der Anstalt auffällig geworden sind. Anzustreben ist daher die Einrichtung von sachgemäß eingerichteten Aufnahmestationen, die jeder Zögling bei der Aufnahme zu passieren hat.

Die Zahl der psychisch defekten Zöglinge, die aus der Fürsorgeerziehung direkt ausscheiden müssen, ist sehr gering. Selbst ausgeprägte Fälle psychischer Minderwertigkeit können hier verbleiben, falls die Erziehung ihrem psychischen Zustande angepaßt wird.

Die schwersten Fälle fallen den Sonderanstalten für psychiatrische Zöglinge zu, die unter psychiatrischer Leitung stehen müssen. Eine Vermehrung dieser Anstalten, deren Ziele und Wirksamkeit noch durch die Praxis eine Abgrenzung erfahren müssen, ist dringend erforderlich. Aus praktischen Gründen empfiehlt sich ihre Angliederung an die Aufnahmestationen, mit denen auch am zweckmäßigsten die Hilfsschulen verbunden werden, die gleichfalls eine Vermehrung und einen systematischen Ausbau erfahren müssen.

Ein nicht geringer Teil der psychopathischen Konstitutionen muß in den gewöhnlichen Anstalten verbleiben. Schwierig bleibt gerade bei ihnen die Frage der Disziplinierung und Bestrafung. Ein Teil von ihnen darf nur mit Rücksicht auf ihre psychische Eigenart nicht bestraft werden. Aus Gründen der Anstaltsdisziplin müssen sie in besonderen Abteilungen untergebracht werden, denen auch die entsprechenden Fälle der kleineren Anstalten zugeführt werden müssen. Die schwersten Formen des Asozialismus, bei denen dieser als isoliertes Symptom dazustehen scheint, gehören in die Sonderanstalten.

Diesen fällt somit die Unschädlichmachung jugendlicher asozialer Elemente in weitem Maße zu. Sie dienen als Vorstufe der zu erstrebenden Zwischenanstalten.

Eine besondere Berücksichtigung beansprucht die Pubertät, die in der Fürsorgeerziehung praktisch eine sehr große Rolle spielt. Die Erzieher müssen über ihre Bedeutung aufgeklärt werden, um den psychischen Abweichungen dieser Periode praktisch Genüge leisten zu können.

Auch im Alltagleben der Anstalt verlangt die Psychopathie praktisch eine weitgehende Berücksichtigung und greift in die wichtigsten Ereignisse der Erziehungslaufbahn ein: bei der richterlichen Behandlung der Konflikte der Zöglinge mit den Strafgesetzen, bei dem Schicksale der jugendlichen Prostitution, bei der Verteilung der Zöglinge auf Anstalten und Familienpflege, bei der Berufswahl, bei dem Eintritt in das Heer. Mit Rücksicht auf die Bedeutung, die dieses frühzeitige soziale Versagen für die spätere Gestaltung des Lebens hat, ist eine möglichst frühzeitige und ausgiebige Festlegung des psychischen Status erforderlich, auf die man später immer bei Konflikten mit dem sozialen Zusammenleben zurückgreifen müßte.

Nach der Entlassung muß für die labilsten und asozialen Elemente durch die Entmündigung, so weit möglich, eine Einschränkung der Selbstbestimmung herbeigeführt werden. Für einen gewissen Prozentsatz ist nach dem Aufhören der Fürsorgeerziehung die Unterbringung in irgendeiner Anstaltsform erforderlich.

Nötig ist schließlich noch die Aufklärung des Publikums über die Bedeutung der Psychopathie in der Fürsorgeerziehung.

(Das Referat ist ausführlich in diesem Hefte S. 743 ff. erschienen.)

Die Diskussion über das Referat soll mit der über die Vorträge *Seelig*s und *Berliner*s vereinigt werden.

Seelig-Lichtenberg schildert die Eindrücke, die er in mehrwöchigem Aufenthalt in den Vereinigten Staaten von den dortigen Einrichtungen zum Schutze der Gesellschaft gegen asoziale Elemente gewonnen hat. Eine großartige Organisation bildet die „Gesellschaft für geistige Hygiene". — In großzügigem Maße wird durch gesetzliche Handhaben der gesamte Staatenbund geschützt, wie durch das Einwanderungsgesetz, durch das Geisteskranke ferngehalten werden. In einzelnen Staaten wird die Sterilisation geisteskranker Verbrecher ausgeführt. Unter den besonderen Einrichtungen für Jugendliche hebt Vortr. die Erziehungsschulen für Jugendliche bis zu 16 Jahren hervor, ferner die Reformgefängnisse für das Alter von 16—25 Jahren, schließlich die Entlassung unter Schutzaufsicht.

Berliner-Gießen: Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt.



Vortr. berichtet über die Entwicklung und Organisation der Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt „Steinmühle“ bei Obererlenbach in der Nähe von Homburg vor der Höhe.

Hauptzweck der Anstalt war ursprünglich Beobachtung und Weiterbildung schulentlassener Hilfsschüler zur Vorbereitung für einen Beruf. Späterhin wurden in zunehmender Zahl Fürsorgezöglinge in die Kolonie eingewiesen und zwar besonders schwer erziehbare nach Scheitern der Familien- und Anstaltserziehung.

Die Kolonie hat nur 25 Plätze und bietet dadurch besonders gute Vorbedingungen dafür, daß der Eigenart des zu Erziehenden in höherem Maße Rechnung getragen werden kann als in großen Anstalten.

Die pädagogische Leitung liegt in den Händen eines Psychologen mit heilpädagogischer Vorbildung und Erfahrung. Als psychiatrischer Leiter fungiert der Vortr. seit 2 Jahren.

Die Kolonie, die durch Umbau eines einsamen Gutshofes entstanden ist, gliedert sich in drei Hauptabteilungen. Die interne Arbeitslehrkolonie mit Gelegenheit zur Garten- und Feldarbeit und mehreren Werkstätten. Das Personal wird ständig für die Beobachtung geschult. Auf Grund der Ergebnisse der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung sowie der wenn nötig bis zu einem Jahre und länger ausgedehnten Beobachtung werden dann der einweisenden Behörde Ratschläge über die weitere Unterbringung des Zöglings erteilt; oft wird dieser auch in der Nähe der Kolonie bei einem Meister untergebracht, der über die Eigenart des Zöglings genau orientiert wird.

Der Konnex des Zöglings mit der Anstalt wird durch häufige Besuche eines Beamten der Anstalt bei dem Lehrherrn aufrecht erhalten. Außerdem kommen die Externen öfters an freien Sonntagen in die Kolonie. Die Familienpflege erhält dadurch eine breitere Basis und ist in Fällen durchführbar, in denen sie ohne die genannten Vorsichtsmaßregeln an bald eintretenden Konflikten immer wieder scheitern würde.

Zur internen Kolonie und externen Kolonisation soll sich eine in nächster Zukunft zu errichtende geschlossene Beobachtungsabteilung gesellen, um noch vor der Aufnahme in die interne Kolonie ein Urteil über die mutmaßlichen Aussichten des einzelnen Falles zu gewinnen, gefährliche degenerierte Psychopathen, ausgeprägt psychisch Kranke von der Kolonie fernzuhalten und möglichst rasch ihre Überweisung in psychiatrische Anstalten zu veranlassen, außerdem zur vorläufigen Unterbringung und Sozialisierung von vorwiegend durch ungünstige Milieueinflüsse Verwahrlosten, bei denen die Prognose relativ günstig zu sein pflegt, vor der Versetzung in die interne Kolonie und Familienpflege.

Außer dem Zwecke der Beobachtung ist eine Hauptbestimmung der Kolonie, und sie erscheint durch ihre Organisation besonders dazu geeignet, bei schwer Erziehbaren den Übergang von der Anstaltserziehung zur Familienerziehung zu erleichtern.

Diskussion. — *Müller*-Dösen: Der Fürsorgeverband baut jetzt gleichzeitig mit einer Erziehungsanstalt zu Mittwerda eine Zwischenanstalt für psychiatrisch-pädagogische Zwecke, das Heilerziehungsheim Klein-Meusdorf, unmittelbar neben der Anstalt Dösen. Es soll einmal zur psychiatrischen Beobachtung dienen, besonders um diejenigen, welche in Fürsorgeerziehung kommen, nach einheitlichen Grundsätzen zu verteilen. Sodann sollen hier die schwer erziehbaren Psychopathen untergebracht werden. Unter Oberleitung des Direktors der Anstalt Dösen hat die Leitung ein Pädagoge; beratend wird ihm ein Anstaltsarzt zur Seite stehen. Es ist dankbar zu begrüßen, daß der Fürsorgeverband von Anfang an auch die Sorge für die psychopathischen Fürsorgezöglinge ernsthaft in Angriff nimmt. Die Pläne der beiden Anstaltshäuser werden gezeigt. -

Schlomer-Berlin-Westend weist auf die Notwendigkeit hin, systematische Untersuchungen von jugendlichen Kriminellen, die nicht unter die §§ 51 und 56 fallen, in großem Umfange vorzunehmen. Es fehlte zurzeit noch jegliches Kriterium für die Prognose derartiger Fälle. Wesentlich sei jedoch, daß die Krankengeschichten bis in die kleinsten Einzelheiten ausgearbeitet würden und ein möglichst erschöpfendes Bild von der psychischen Veranlagung sowie auch von dem Milieu des einzelnen gäben. Aus den nach Verlauf von 15—20 Jahren erhobenen Katamnesen könne man hoffen, bestimmte Anhaltspunkte zu gewinnen für die Entscheidung der bei jedem jugendlichen Kriminellen wichtigsten Frage: Sind die rechtsbrecherischen Handlungen nur eine Erscheinung ins Pathologische verzerrter Flegeljahre mit günstiger Prognose, oder ist ein Sozialwerden des betreffenden Individuums nicht zu erwarten.

Weygandt-Hamburg: Sehr zu beherzigen ist *Stiers* Mahnung, mit der Beobachtung bis in die allerfrühesten Kinheitszeiten zurückzugehen. Meines Erachtens sind individuelle Unterschiede noch früher zu beobachten, als *Stier* annimmt. Kürzlich konnte ich in den ersten Stunden eines Knaben durchaus individuelle, impulsive Ausdrucksbewegungen auf erblicher Grundlage beobachten.

Hinsichtlich des Übergangs vom Triebleben zur Verstandesvorherrschaft ist der von *Krauss* und *Peritz* vor allem betonte Gesichtspunkt des Gegensatzes zwischen Sympathicotropismus und Vagotropismus fruchtbar. Je später die große Grenzscheide der Pubertät einsetzt, ein um so weiter vorgerücktes Stadium in der Herrschaft des Vagussystems und der Hemmungsvorstellungen wird errungen bleiben. Es erklärt sich dadurch der nicht nur im Körperwachstum, sondern auch in der Psyche ausgesprochene Gegensatz zwischen den frühpubischen, impulsiven Südländern und den spätpubischen, besonnenen, ruhig fühlenden Nordgermanen.

In praktischer Hinsicht wird die Psychiatrie besonders nach zwei Richtungen bei der Fürsorgeerziehung einzugreifen haben:



1. Zunächst bei der Prüfung und Klassifizierung der neuübernommenen Elemente. Die Gesamtheit der Zöglinge kann zunächst nur ambulant, doch von psychiatrisch erfahrenen Ärzten untersucht werden; sobald die Frage der Unterbringung zweifelhaft ist, empfiehlt sich klinische Beobachtung, am besten in einer Beobachtungsstation im Anschluß an ein Stadtasyl. Hamburg errichtet zurzeit eine solche Station in einer eigenen Villa auf dem Gelände der Anstalt Friedrichsberg.

2. Für die dauernde Unterbringung der antisozialen Elemente ist eine geschlossene Anstalt unerläßlich. Eine solche ausschließlich für solche Fürsorgezöglinge zu errichten, würde ein ziemlich trostloses Ergebnis bringen, vor allem wäre dann im Falle einer Besserung die Annäherung an die Freiheit ungemein schwierig. Es empfiehlt sich daher weit mehr, als Adnex an eine große Irrenanstalt einige Häuser für antisoziale Fürsorgezöglinge zu errichten, in denen sie unter psychiatrischer Leitung und spezialpädagogischer Beihilfe behandelt werden. Die Strafe im Sinne des jus talionis ist wohl fernzuhalten, aber als therapeutische Reaktion kommt eine gewisse Disziplindurchführung in Betracht. In Hamburg wird voraussichtlich beim Bau einer 3. Anstalt an einen derartigen Adnex gedacht werden.

Besonders zweckmäßig für solche antisozialen Fürsorgezöglinge ist die Berufs-Sammelvormundschaft.

Schnitzer-Stettin: Seitdem wir vor ungefähr 8 Jahren in Dresden die Fürsorgeerziehung zum Gegenstand eingehender Verhandlungen gemacht haben, hat sich manches in ihrem Verhältnis zur Psychiatrie geändert. Nicht nur bei der Anstaltserziehung, sondern auch während des gerichtlichen Verfahrens wird der Psychiater zur Mitwirkung herangezogen. Hier ist im Vortrage des Herrn *Mönkemöller* eine Lücke enthalten. Sie betrifft die psychiatrische Begutachtung im Vorverfahren, die ich für ungemein wichtig halte. In einer Verfügung vom 24. 6. 1909 hat der preußische Justizminister auf die Bedeutung der ärztlichen Untersuchung schon im vorbereitenden Fürsorgeerziehungsverfahren hingewiesen. Diese Verfügung scheint wirkungslos geblieben zu sein, daher wurde in einer erneuten Verfügung noch einmal die Wichtigkeit der ärztlichen Untersuchung hervorgehoben. Auch diese Verfügung scheint noch nicht den gewünschten Erfolg gehabt zu haben. In Stettin, wo die Verhältnisse besonders günstig liegen, habe ich bisher auf Grund der Ministerialverfügung 92 Fälle untersucht und war in der Lage, bei der Erstattung des Gutachtens Hinweise auf Unterbringung und Behandlung zu geben. Zwei Punkte halte ich für besonders wichtig, einmal, daß die Untersuchung nur von einem psychiatrisch geschulten Arzt ausgeführt wird, und zweitens, daß schwachsinnige Fürsorgeerziehungskandidaten nicht als ungeeignet für die Fürsorgeerziehung bezeichnet werden, denn gerade in der Fürsorgeerziehung, die ja ausdrücklich auch geistig abnorme Zöglinge zuläßt, besitzen wir ein vorzügliches Mittel, um Schwachsinnige selbst gegen den



Willen ihrer Angehörigen in Anstalten unterzubringen, und so können Kinder, die sonst intellektuell und moralisch verkommen würden, mit Hilfe der Fürsorgeerziehung Schwachsinnigenanstalten zugeführt werden.

Bischoff-Hamburg-Langenhorn wendet sich gegen den Versuch eines Aufbaues einer klinischen Systematik der Psychopathen auf das *Edinger*sche Schema von Paläenzephalon und Neenzephalon. Das muß notwendigerweise zu der theoretischen Schematisierung führen, die auch in der Darstellung des Ref. allzudeutlich zum Ausdruck kam.

Der Schluß, daß das manisch-depressive Irresein im Kindesalter, die Wahnsysteme, die in das Gebiet der Dementia praecox gehören, in dieser Zeit deshalb so selten seien, weil in der Kindheit eine gewisse Armut der Vorstellung und ein modifizierter Ablauf der Gefühlsvorgänge sich finden, ist ein mangelhaft begründeter Schluß. Auch der Krebs ist bei Kindern verschwindend selten. Wir haben keinen Grund, zu dieser extrem-psychologischen Fundierung der Erkrankungen zu greifen, die so ganz die somatische Ätiologie vernachlässigen würde.

Kluge-Potsdam: Es wird sich für den Psychiater jetzt darum handeln, den Kommunal- und Provinzialbehörden bestimmte Unterlagen und womöglich genaue Zahlen zu geben, wieweit spezielle Einrichtungen für die psychiatrisch und psychiatrisch-pädagogisch zu versorgenden Fürsorgezöglinge zu schaffen sind. Die wichtigste Frage, die der möglichst frühzeitigen Feststellung des Geisteszustandes der zu überweisenden Zöglinge, würde gewiß am schönsten gelöst sein, wenn eine solche Untersuchung in jedem Falle stattfände. Doch ist dies weder unbedingt nötig, noch auch in einheitlichem Sinne durchführbar; jedenfalls könnte sich diese Maßnahme nur bei kleinerem Material ermöglichen lassen. Das nämliche gilt für die Verteilungsstationen, die sich beispielweise für die Provinz Brandenburg mit einer jährlichen Überweisungszahl von 900 Zöglingen und darüber nicht bewerkstelligen ließe. Die wichtige Frage nach dem Prozentsatz der in die Sonder- und Zwischenanstalten unterzubringenden psychopathischen Zöglinge läßt sich nach den brandenburgischen Erfahrungen auf etwa 5—8 % berechnen. Angaben hierüber würden vielleicht zweckmäßig der Kommission für Idiotieforschung zu geben sein.

Neisser-Bunzlau: Im Anschlusse an die Ausführungen des Herrn Vorredners möchte ich nur eine kurze Bemerkung machen, welche den gegenwärtigen Stand der Dinge zu kennzeichnen versuchen soll.

Das erste, was wir sagen können, ist: Wir sind jetzt so weit, daß widerspruchlos von allen maßgebenden Stellen die Notwendigkeit psychiatrischer Mitarbeit an dem Werke der Fürsorgeerziehung anerkannt wird. In diesem nämlichen Sitzungssaal war es 1906, daß von dem Allgemeinen deutschen Fürsorgeerziehungstage eine Resolution in jenem Sinne zur Vorlage an die Behörden angenommen und erstmalig beschlossen wurde, den bis dahin aus Geistlichen und Pädagogen bestehenden Vorstand durch Zuwahl von Psychiatern zu ergänzen. Alle seitherigen Unter-



suchungen in den verschiedenen Landesgebieten und ebenso die hier in Schlesien von mir und mehreren Kollegen gemachten haben die Richtigkeit unserer Behauptungen bestätigt: die Zahl der Psychopathen oder in ähnlichem Sinne mehr ärztlich zu beachtenden Zöglinge hat durchweg weit über die Hälfte, meist über 60 bis 70 % des jeweiligen Gesamtbestandes ergeben. Die frühere Annahme der preußischen Zentralstelle (daß nur ein verschwindend kleiner und deshalb nicht besonders zu beachtender Bruchteil der Fürsorgezöglinge geistig oder körperlich minderwertig sei), die vor noch nicht einem Jahrzehnt galt und das Ergebnis vierjähriger amtlicher Statistik darstellte, ist endgültig überwunden.

Das Zweite, was wir heute mit Bestimmtheit sagen können, ist, daß die Mehrzahl aller dieser Elemente nicht aus dem Rahmen der Fürsorgeerziehungseinrichtungen herausgenommen zu werden braucht, daß für ihre richtigere und sachgemäße Erziehung nur erforderlich ist, daß der Pädagoge den Erfahrungen und Anschauungen des Psychiaters Rechnung trägt und seinen Rat und seine Mitarbeit sich zunutze macht. Wie groß die Zahl der Psychopathen ist, welche in besondere und direkte ärztliche Fürsorge kommen muß, wird noch nicht genau festgelegt werden können. Wenn Herr Kollege *Kluge* nach seiner reichen Erfahrung diese Zahl auf 5—8 % annimmt, so deckt sich das im wesentlichen mit unseren schlesischen Untersuchungsergebnissen, namentlich hinsichtlich der in den kleineren Erziehungsanstalten und Stiften untergebrachten Zöglinge.

Die Frage, ob Adnexe an Erziehungsanstalten oder besondere Abteilungen an Heilanstalten vorzuziehen sind, ist von untergeordnetem Interesse; in Lublinitz, wo Kollege *Bresler* sich dieser Fälle besonders annahm, wurden uns von der Erziehungsanstalt alle Augenblicke Zöglinge ohne jede Formalität zugeschickt, und wir behielten sie nach Ermessen. Das vollzog sich ohne die geringste Schwierigkeit oder Unzuträglichkeit. Ich glaube, daß diese Einrichtungen sich nach örtlichen Verhältnissen verschieden ausgestalten lassen werden.

Ob die psychiatrische Mitwirkung im Vorverfahren, d. h. de facto im wesentlichen die Zuziehung der Kreisärzte als Sachverständige, wirklich praktisch sehr viel leisten kann, ist mir nicht sicher. In den großen Städten, wo die Jugendzentrale und eine Fülle freiwilliger Helfer usw. zur Vorbereitung des Materials ebenso wie geschulte Neurologen zur Verfügung stehen, ist diese Forderung gewiß von größtem Werte, aber bei ihrer Verallgemeinerung würde ich eine gewisse Besorgnis vor der unvermeidlichen Fülle von Fehlurteilen haben.

Ja, wenn wir wirklich so weit wären, wie es nach Herrn *Stier* scheinen könnte, daß ein genügend geschulter Fachmann durch einmalige Untersuchung immer ein richtiges Urteil gewinnen könnte, so möchte das wohl angehen. Ich glaube aber, daß das zu optimistisch dargestellt war, und ich glaube auch, daß es nicht bloß bei dem gegenwärtigen Stande unserer Diagnostik noch nicht glückt, sondern daß es in der Eigenart vieler in



Betracht kommender Zustände liegt, daß eine einmalige Untersuchung, selbst eine kurze Beobachtung eine Klärung nicht bringen kann. Auf alle Fälle aber müssen psychiatrische Beobachtungsabteilungen vorhanden sein, welche für die Fürsorgeerziehungsanstalten, aber auch schon für die zentrale Überweisungsstelle zur Verfügung stehen, und es muß — und das halte ich nach wie vor für die Hauptsache — erreicht werden, daß erstens die Überweisung und Verteilung der Zöglinge an die verschiedenen Anstalten usw. nicht nur aktenmäßig erledigt wird, und zweitens, daß alle Anstaltsleiter die Fragebogen und genügende Anhaltpunkte über die Entwicklung und Vorgeschichte der Zöglinge erhalten.

Frau *Schüler*-Breslau: Die Breslauer Zentrale für Jugendfürsorge (deren Geschäftsführerin Rednerin ist) hat sich von Anfang an die Mitwirkung der Psychiater gesichert und macht von ihr reichlichen Gebrauch. Sehr wertvoll sind die freiwilligen Helfer, die bei ihren Erkundigungen oft schon sehr verdächtiges Material erfahren, das dem Richter sonst nicht zur Kenntnis kommt. Dadurch können häufig Untersuchungen durch den Arzt veranlaßt werden. Eine Beobachtungsanstalt ist sehr notwendig. Nützlich sind ferner die psychiatrischen Vorträge zur Ausbildung der Helfer. Frau *Sch.* bittet, zur Weiterbildung geeignetes Material der Zentrale zuzusenden.

Ganser-Dresden berichtet darüber, daß es im Königreich Sachsen gelungen ist, bei dem Erlaß des Gesetzes über die Fürsorgeerziehung zu erreichen, daß schon im Vorverfahren regelmäßig ein Arzt zur Begutachtung zugezogen und so eine erste Sichtung ermöglicht wird; eine ganze Anzahl von Geistesschwachen, Geisteskranken und psychopathischen Individuen werden so entweder ausgeschieden oder auf den richtigen Weg der Behandlung, Verwahrung und Erziehung verwiesen, die im übrigen Deutschen Reiche erst auf dem Umwege der Begutachtung zugeführt werden, nachdem oft mancherlei üble Erfahrungen mit ihnen gemacht worden sind. Natürlich werden durch diese Einrichtung die Beobachtungsstationen nicht überflüssig gemacht. Es wird aber neben dem Gewinn, der für die Fürsorgeerziehung und für diese ganze Einrichtung erwächst, von denen, die im Vorverfahren mitzuwirken haben, die Wichtigkeit der ärztlichen Mitwirkung an der schwierigen Kontrolle der Fürsorgeerziehung, wie es erwünscht ist, betont. Es wird deshalb der Antrag gestellt:

„Der deutsche Verein für Psychiatrie wolle beschließen, der Vorstand möge in Erwägung ziehen, ob nicht an die Königl. Preuß. Regierung ein Bericht zu erstatten und das Gesuch zu stellen ist, eine Regelung dahin zu veranlassen, daß schon im Vorverfahren der Fürsorgeerziehung das Gutachten eines möglichst psychiatrisch gebildeten Arztes in jedem Falle vor der Überweisung an die Fürsorgeerziehung herbeigeführt werde."

Seelig-Lichtenberg (Schlußwort): Die Mitwirkung des Psychiaters hat noch nicht den wünschenswerten Erfolg; es kommen Kinder, die als krank bezeichnet sind, doch in Fürsorgeerziehung. Eine Anweisung des

Ministers betreffs ärztlicher Begutachtung besteht zwar, aber es wird nicht überall davon Gebrauch gemacht. Die Versorgungsanstalten können regionär verschieden sein, man soll dabei nicht schematisieren, wie auch bei den Beobachtungsanstalten nicht. Für die erkrankten Jugendlichen bedarf es einer Behandlungsanstalt, getrennt von Irrenanstalten, wegen des Odiums, das den Kindern sonst später anhaftet. Einen Fortschritt bedeutet es, daß jetzt die Mitwirkung der Psychiater nicht mehr von diesen allein, sondern von den Erziehern verlangt wird.

Mönkemöller-Hildesheim (Schlußwort): Auch ich bin mir selbstverständlich darüber klar, welche Schwierigkeiten der Einrichtung der Aufnahmestationen entgegenstehen, und daß hier regionäre Gesichtspunkte wesentlich in Frage kommen. Aber diese Form der Aufnahme bleibt, was die Feststellung des Geisteszustandes anbetrifft, das Ideal, dem wir unter allen Umständen nachstreben müssen. Daß sich dies Ideal verwirklichen läßt, das geht schon daraus hervor, daß jetzt beispielweise in der Provinz Hannover von der Pestalozzistiftung eine Aufnahmeabteilung für alle Zöglinge geschaffen wird, die der Familienpflege überwiesen werden sollen.

Die Tätigkeit des Psychiaters in der Untersuchung der Zöglinge vor dem Eintritte in die Fürsorgeerziehung kommt so gut wie gar nicht in Betracht. Was die gutachtlichen Äußerungen praktischer Ärzte anbetrifft, die gleichfalls in dieser Beziehung nur ganz selten zu Worte kommen, sind sie fast durchweg praktisch nicht zu gebrauchen.

Stier (Schlußwort) lehnt den Vorwurf der Schematisierung ab. Bei großer Erfahrung gelingt die von ihm angegebene Trennung. Die Symptome sind doch nicht alle anatomisch zu erklären, daher ist die psychische Konstitution noch wichtiger. Diese bedingt es aber, daß bei Kindern keine Psychosen vorkommen. Nach einer einmaligen Untersuchung ist es freilich oft unmöglich, ein Urteil über die Psychopathie zu fällen, oder höchstens, wenn sehr gute Berichte vorliegen; aber nach Beobachtung ist das möglich. Der Schwachsinn dagegen ist durch eine Untersuchung festzustellen.

Der Antrag *Ganser* wird angenommen.

Hess-Görlitz: Entmündigung als Heilmittel bei Psychopathen.

Jugendliche Psychopathen bis zu 25, 30 Jahren bedürfen der pädagogischen Behandlung, ein Teil von ihnen ist sehr besserungsfähig, heilbar. Fürsorgeerziehung ist gesetzlich nur bis zu einem gewissen Alter, niemals über die Volljährigkeit hinaus erlaubt. Psychopathen, die sich zur Fürsorgeerziehung nicht eignen oder zu alt dafür sind, können nur in der Irrenanstalt sachgemäß behandelt werden, sie müssen als „unfreiwillige Geisteskranke“ aufgenommen werden, besonders wenn sie bereits antisozial sich betätigt haben. Bei Einspruch gegen Internierung ist Ent-



mündigung wegen Geistesschwäche notwendig; sie ist meist auch aus anderen Gründen (Schutz vor Ausbeutung, Verschwendung, Verhinderung unwürdiger Heirat u. a.) erforderlich. Der Nachweis der Geistesschwäche ist immer schwierig, weil die dem Laien geläufigen groben Erscheinungen der Geistesstörung fehlen. Der Psychopath muß vorwiegend nach seinen Handlungen beurteilt, seine ganze Vergangenheit innerhalb und außerhalb der Anstalt muß herangezogen werden, das Gutachten muß die soziale Gefahr, die Gefahr des ethischen und sozialen Untergangs, die therapeutische Bedeutung der Entmündigung betonen: nur durch sie wird eine langsame, ungestörte Anstaltsbehandlung möglich. In zweifelhaften Fällen ist vor Einleitung des Entmündigungsverfahrens bisweilen Probebeurlaubung zu empfehlen. *Homburgers* Vorschlag, bereits die Minderjährigen zu entmündigen, verdient Zustimmung, die Entmündigung trägt dann den Charakter der hinausgeschobenen Volljährigkeit. Das österreichische bürgerliche Gesetzbuch sieht diese Verlängerung der potestas patria vor, die Entmündigung wegen Geistesstörung wird dadurch meist entbehrlich. Die psychotherapeutischen Folgen der Entmündigung sind in der Regel gute. Schon die Einleitung des Verfahrens wirkt direkt dämpfend und beruhigend. Die rechtskräftig gewordene Entmündigung ermöglicht eine viel freiere Behandlung, die gerichtliche Feststellung der Geistesschwäche, mit Angabe der Gründe, macht einen tiefen Eindruck und ruft oft eine nachhaltige Katharsis hervor. Dem entmündigten Psychopathen ist klarzumachen, daß er nicht deliktsunfähig ist, sich also strafbar machen kann. Auch bei Ablehnung der Entmündigung kann das Verfahren therapeutisch günstig wirken, vorausgesetzt, daß, was eigentlich selbstverständlich sein sollte, der Richter in den Entscheidungsgründen das psychiatrische Gutachten anerkennt und trotz der bestehenden Defekte den Kranken für die Entmündigung noch nicht reif erklärt. Bei Besserung und Heilung ist die Aufhebung der Entmündigung leicht erreichbar. Zeugnisse behufs Aufhebung der Entmündigung dürfen nur nach genauer Kenntnis der ganzen Verhältnisse, nach Einsicht in die Akten ausgestellt werden. Zum Militärdienst sind Psychopathen in der Regel ungeeignet. (Ausführlich in der Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 18, S. 203.)

4. Sitzung
am 14. Mai 1913, 1½ nachmittags, im Landeshaus.

Starlinger-Mauer-Oehling: Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke.

Vortr. geht von dem Grundsatze aus, daß die Irrenanstalt selbst eine Medizin ist, und daß daher die Ärzte von Haus aus sich mit Bau und Anlage der Anstalten schon um dieser therapeutischen Seite willen befaßen mußten. Im Laufe der letzten Jahre ist bei dem rasch wach-

senden Bedürfnisse nach Anstaltsplätzen die rein administrative Richtung zu sehr in den Vordergrund getreten und hat in der zunehmenden Größe der Anstalten allein den einzigen Ausgleich zu finden gesucht für die zunehmenden Mehrauslagen. Diese Richtung hat aber durch die Erfahrung keine rechte Bestätigung gefunden, und selbst von nichtärztlicher Seite wurden Zweifel laut, ob die Größe der Anstalt allein die Rentabilität einer Anlage verbürgen könne. Da nun ärztlicherseits gegen die großen Anstalten seit jeher eine Reihe von Nachteilen ins Feld geführt wurden, hat der Deutsche Verein für Psychiatrie den Moment für günstig erachtet, dieses Thema neuerdings zur Verhandlung zu stellen, und den Vortr. damit betraut, die Frage zu untersuchen.

Vortr. weist vorerst auf die besondere Schwierigkeit der Untersuchung hin, da die Frage durch den scheinbaren Gegensatz der ärztlichen und administrativen Seite kompliziert wird. Auch daß unter vielen anderen Anstaltsfragen die Frage nach der Größe der Anstalten bisher noch ungelöst blieb, bestätigt diese Schwierigkeit. Ref. weist den Vorwurf zurück, daß die Psychiater in dieser Frage nicht einheitlicher Anschauung seien. Er weist nach, daß diese Verschiedenheit mehr eine scheinbare sei, und daß die Anstaltsärzte immer die kleinere Anstalt vorgezogen hätten, und sucht dies durch mehrfache Beispiele aus der Literatur zu bestätigen. Das Anwachsen der Anstalten selbst sei also nicht das Spiegelbild ärztlicher Anschauungen, sondern eine Tatsache, mit der sich die Ärzte abfinden mußten. An der Hand von Tabellen werden nun zunächst die Verhältnisse der Anstaltsgröße auf dem Lande und in den Großstädten illustrativ vorgeführt, und so der gegenwärtige Stand unserer Frage veranschaulicht. Zur Erforschung des vorgelegten Thema sucht der Vortr. zuerst dessen Ätiologie nachzugehen; da zeigt es sich, daß die ersten großen Anstalten bei den Reichshauptstädten entstanden sind und erst in jüngster Zeit abseits von ihnen auch auf dem Lande Fuß zu fassen beginnen. Die Großstädte zeigen allerdings besondere Verhältnisse, die ein Anwachsen dortselbst erklärlich erscheinen lassen. Die große Zahl der Geisteskranken, das beschränkte Terrain hat nicht wenig dazu Veranlassung gegeben, schließlich wurde der ganze Zug nach großen Anstalten lebhaft von dem Schlagworte der Billigkeit unterstützt, worüber alle Welt einig war. „Nur der große Betrieb könne billig verpflegen", dieses Schlagwort war schließlich die Haupttriebfeder für alle großen Anlagen auf diesem Gebiete. Vortr. glaubt nun, daß es daher hauptsächlich notwendig sei, diese Entstehungsursache auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen und zu untersuchen, ob es wahr ist, daß die Kosten für Bau und Betrieb mit dem Anwachsen der Anstalten zusammenhängen; denn wenn sich erweisen ließe, daß dies nicht der Fall ist, dann müssen von selbst wieder die ärztlichen Forderungen die Oberhand gewinnen, und die Anstalten und das Anstaltswesen können sich, unbeeinflußt, nur nach ihrem Zwecke entwickeln.

Zu dem Zwecke werden zunächst die Kosten des Anstaltsbaues erörtert. Literarisch sind die Äußerungen geteilt, aber namhafte ärztliche und selbst auch technische Autoritäten machen den Preis der Anstalten nicht ausschließlich von der Größe der Anstalt abhängig. Ref. bespricht zunächst alle diejenigen Faktoren, welche auf den Bau einer Anstalt überhaupt Einfluß haben, und da zeigt es sich, daß, selbst wenn der Bettenzahl ein bestimmender Einfluß auf die Kosten zugesprochen werden soll, derselbe unter den vielen Faktoren nur höchstens einen Faktor abgeben kann und auch dann keinen bestimmenden und ausschlaggebenden. Eine Tabelle, in der die Anstalten nach ihrer Bettenzahl rubriziert sind, rechtfertigt diese Anschauung. Eine Anzahl von Krankenhäusern, welche ausgeführt worden sind, und deren Baukosten von einem Techniker zusammengestellt wurden, zeigt das gleiche. Ebenso eine Zusammenstellung von Anstalten nach der Anzahl ihrer Objekte, da wechselt das Verhältnis der Gesamtobjekte zu den Krankenobjekten von 1 : 2 bis 1 : 5. Auch wenn man die Kosten der Gebäude, der Krankenpavillons, der Zentraleinrichtungen, Beamtenwohnungen und der Gelände prozentual miteinander vergleicht, zeigt sich, daß in den Aufwendungen für die Krankenpavillons im Verhältnisse zu den anderen Objekten große Verschiedenheit herrscht. Alles Beweise, daß die Kosten einer Anstalt meist von anderen Dingen mehr abhängig sind als von der Zahl der Betten. Auch des neuesten Anstaltstyps, der Zwillingsanstalt, wird gedacht, und Redner bezweifelt, ob hierdurch die Ersparungen pro Bett sichtlicher hervortreten werden.

Das zweite Kapitel untersucht die Betriebskosten. Diese sind für unser Thema von erster Bedeutung. Was immer der Bau verschlingen mag, er bildet eine einmalige Ausgabe, aber die Betriebskosten sind chronisch, und ihre Summation bleibt ausschlaggebend. Der Vortr. hat über den Zusammenhang der Anstaltsgröße und der Betriebskosten schon früher eine Untersuchung angestellt auf Grund einer Rundfrage bei etwa 80 deutschen und österreichischen Irrenanstalten. Damals hatte derselbe gefunden: Die Betriebskosten einer Anstalt sind von vielerlei Umständen und Verhältnissen abhängig. Baukosten, Landkauf, erstmalige Einrichtungen haben auf die Höhe der Betriebskosten keinen wesentlichen direkten Einfluß.[1]) Hingegen hängt die Höhe der Betriebskosten wesentlich ab von den Ausgaben für Lebensmittel, Löhnungen, Bauherstellungen und Beheizung. Diese vier Posten allein, in allen Etats zusammengenommen, sind doppelt so hoch als alle übrigen, und will man sparen, muß man sich vor allem an diese halten. In erster Linie also an die Küche, die allein mindestens 30—40 % des Etats zu verschlingen pflegt. Vortr. will nicht alle Daten, die er damals gesammelt, wiederholen, sondern nur summarisch rekapitulieren, daß nach den tabellarischen Zu-

[1]) Vgl. *Zeidler*, 100 Krankenanstalten und Heilstätten im Lichte vergleichender Finanzstatistik. Ztschr. f. Krankenanstalten, Nr. 20, 1911.



sammenstellungen die Gesamtkosten pro Kopf und Tag bei Anstalten von 500—1000 Betten die geringste Höhe aufwiesen, daß demgemäß auch die Verpflegtaxe der III. Klasse bei dieser Größe von Anstalten die geringste Ziffer ergeben hat, daß die Tabelle der Hauptbudgetposten, d. i. für ärztliches und Verwaltungspersonal, Pfleger, Gebäudeerhaltung, Kost- und Brotbestellung, ärztliche Erfordernisse, Kleider und Bettzeug, Wäsche, Hauseinrichtung, Beheizung und Beleuchtung, Reinigung der Wäsche und Lokalitäten, die Anstalten von 500—1000 am günstigsten erscheinen ließ, und daß hier auch die Ausgaben für Kost und Brot pro Kopf und Tag die geringste Summe ausmachten. Auch bei denjenigen Betrieben, wo der Großbetrieb ganz besonders zum Ausdrucke kommen kann, wie bei der Beheizung und Beleuchtung, hat sich gezeigt, daß selbst die größten Anstalten relativ nicht billiger abschneiden als die mittleren. Und schließlich wurden zwei Anstalten eines und desselben Landes mit weitgehendster Parallele im Betriebe und Organisation, von denen die eine kaum die Hälfte der Verpflegtage der großen hatte, in Vergleich gezogen, und es hat sich nach den amtlichen Rechnungsabschlüssen gezeigt, daß die Löhne für das ärztliche und Verwaltungspersonal, für das Pflegepersonal, für Amts- und Kanzleierfordernisse, für ärztliche Erfordernisse, für Reinigung der Wäsche und Lokalitäten, also Posten, wo lokale Einflüsse keine wesentliche Rolle spielen, bei der größeren zum Teil ebenso hoch, zum Teil aber beträchtlich höher ausgefallen sind. Dieses Ergebnis der damaligen Untersuchung bezüglich der Betriebskosten spreche also in keinem Punkte dafür, daß die Größe einer Anstalt allein für die Verbilligung des Betriebes als ausschlaggebend anerkannt werden darf. Am Schlusse dieses Kapitels erläutert der Vortr. noch, warum die großen Anstalten nicht billiger arbeiten als die kleinen, und kommt zu dem Ergebnisse, daß die großen Anstalten das, was sie auf einer Seite sparen, auf der anderen Seite wieder vermehrt ausgeben müssen.

Im dritten Kapitel werden die ärztlichen Agenden und ihr Verhältnis zu der Größe der Anstalten besprochen. Hier überwiegen die Nachteile weitaus die Vorteile, und diese Erscheinung macht es auch erklärlich, daß gerade dieses Kapitel in der ärztlichen Fachliteratur eine hervorragende Bearbeitung gefunden hat. Die Vorteile, die der großen Anstalt nachgerühmt werden, sind zum Teile nicht allein Produkt der Größe der Anstalt, zum Teil ist ihr Wert ein zweifelhafter, während die Nachteile durchweg schwer mit der ärztlichen Erfahrung und mit dem Zwecke der Heilanstalt und des Krankenhauses kollidieren.

Im letzten Kapitel werden dann auch die Verwaltungsagenden und ihre Beziehung zur Größe der Anstalt noch besprochen; auch im reinen Verwaltungsbetriebe zeigen sich mehr Nach- als Vorteile, und auch vom rein administrativen Standpunkte wird den großen Anstalten nicht das Wort geredet.

Auf Grund dieser Untersuchungen hält sich der Vortr. für berechtigt zu sagen, daß wir bei der Errichtung von Anstalten von der Zahl der Betten uns ziemlich unabhängig wissen, und daß wir deshalb dem Hauptzwecke der Heil- und Pflegeanstalt wieder unbehindert gerecht werden können. Der Vortr. glaubt somit die Zweckmäßigkeit der Anstaltsgröße an folgende Punkte knüpfen zu dürfen:

1. Es müssen die wesentlichen ärztlichen Aufgaben in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken garantiert werden,
2. muß die Größe die einheitliche Leitung erlauben, und
3. endlich muß auch ein gewisses Optimum im Betriebe durch die Größe gewährleistet werden.

An der Hand dieser Grundsätze und im Zusammenhalte mit den Ergebnissen seiner wirtschaftlichen Untersuchung hält der Vortr. sich zu dem Resultate berechtigt, daß die großen Antalten, die Anstalten über 1000 Betten, und ihre Anlage sich nach keiner Hinsicht bewährt haben, und es ist nach den bisherigen Erfahrungen kaum ein Beweis gefunden worden, der stichhaltig wäre, den großen Anstaltstypen zu verteidigen. Ob die Zwillingsanstalt nicht neue Kollisionen erzeugen kann, hält der Vortr. nicht für gesichert. Aber daß sie gegen eine andere wichtige ärztliche Forderung, die regionäre Verteilung der Anstalten, verstößt, hält er für wichtig. Mit Rücksicht auf die Arbeitstherapie glaubt der Vortr. die kleine Anstalt nicht verteidigen zu können, und stellt die Anstalt von 800—1000 Betten zum Schlusse als diejenige Größe hin, welche den ärztlichen und wirtschaftlichen Aufgaben am besten entspricht.

Diskussion. — *Flügge*-Bedburg-Hau: Bei dem Bau der Rheinischen Provinzialanstalt Bedburg-Hau bei Cleve, deren Leiter ich bin, waren zwei Ziele richtunggebend:

1. möglichst zahlreiche neue Plätze zu schaffen,
2. die aufgewendeten Kosten tunlichst zu vermindern, sowohl die auf den einzelnen Kranken entfallenden Baukosten, als auch besonders die Betriebskosten.

Man entschloß sich zum Bau einer großen Anstalt mit 2200 Betten.

In der Denkschrift heißt es begründend: Eine größere Anstalt muß sich billiger steller als eine kleinere, die Baukosten pro Bett und die Betriebskosten sind geringere. Das Baugelände, die Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude brauchen auch bei einer größeren Anzahl von Kranken nur einmal vorhanden zu sein, und wenn sie auch zum Teil größer sein müssen, so steigen doch ihre Kosten lange nicht in demselben Verhältnis, wie die Zahl der Kranken.

Die allgemeinen Verwaltungskosten (Gehälter der Beamten, Kosten der Heizung, Beleuchtung, Wasserversorgung usw.) werden geringer sein.

Bei einer großen Anstalt wird ferner die Anschaffung Zeit und Geld sparender vollkommener Betriebseinrichtungen eher möglich und rentabel.

Dem Ziele der Verminderung der Betriebskosten sollen weiter noch dienen die technisch auf der Höhe stehende Ausgestaltung der wirtschaftlichen Einrichtungen, die es gestattet, den Grundsatz, alle Bedürfnisse, soweit angängig, in eigener Wirtschaft herzustellen, durchzuführen.

Die Gesamtbaukosten betrugen nun 11 000 000 Mk. einschließlich der Kosten für Grunderwerb, Inventar und Bauzinsen. Das Bett kostet demnach 5000 Mk., oder 4000 Mk., wenn die eben genannten Beträge nicht eingerechnet werden. Im Vergleich mit den Baukosten anderer in den letzten Jahren neuerbauten Anstalten stellt sich der Einheitspreis für das Bett recht günstig.

Ich habe eine Zusammenstellung der zahlenmäßig nachzuweisenden Ersparnisse aufgemacht, welche die Provinzialverwaltung durch die eine große Anstalt Bedburg-Hau gegenüber dreien sonst notwendig gewordenen Anstaltsneubauten mit der bisher üblichen Bettenzahl (750 bzw. 800) jährlich voraussichtlich erzielen wird. Die einzelnen Zahlen sind sehr vorsichtig aufgestellt und ergeben sich aus Berechnungen, die ich Interessenten gerne zur Verfügung stelle.

1. Ersparnisse beim Hauptetat der Provinzialverwaltung.

An Verzinsung des Baukapitals (4%) sind weniger aufzubringen:

a) Bei den Bauten	72 334	Mk.
b) Bei den verschiedenen Einrichtungen	28 902	,,
c) Bei den Nebenanlagen	29 568	,,
d) Sonstiges	27 080	,,
	157 884	Mk.
dazu weniger an Amortisation	59 205	,,
	217 089	Mk.

2. Ersparnisse beim Anstaltsetat.

a) Besoldungen usw.	143 390	Mk.
b) Sachliche Ausgaben	35 000	,,
	178 390	Mk.

Bei den sachlichen Ausgaben habe ich nur die besonders zu Buch schlagende Kostenersparung an Kohlen angeführt.

An Kesselkohlen benötigt:

Galkhausen mit	800	Köpfen	310	Doppelwagen,
Grafenberg mit	840	,,	310	,,
Johannisstal mit	1040	,,	460	,,
Mithin	2680	Köpfe	1130	Doppelwagen

Bedburg benötigt für 2200 Köpfe nur 700 Doppelwagen, es erspart mithin im Verhältnis zu den mittleren Anstalten mindestens rund 200 Wagen à 175 Mk. = 35 000 Mk.



Position 1 und 2 ergeben somit bei Bedburg mit 2200 Betten gegenüber drei neuerbauten Anstalten mit zusammen der gleichen Anzahl Betten eine Ersparnis von jährlich 395 479 Mk.

Bedburg hat zurzeit 1700 Kranke zu verpflegen. Nach den bisher gemachten Betriebserfahrungen wird bei Vollbelegung mit großer Sicherheit nicht nur nicht ein Provinzialzuschuß nötig sein, sondern es wird mit einem Überschuß von jährlich etwa 80 000 Mk. gerechnet werden können. Der einzelne Kranke kostet denn in der IV. Klasse — Bedburg besitzt nur diese eine — 1,40 Mk., selbstverständlich ohne Verzinsung und Tilgung des Baukapitals, während der für diese Klasse geltende Pflegesatz 1,50 Mk. beträgt. Das bedeutet pro Kopf und Tag einen Gewinn von 10 Pfg.

Es dürfte heutzutage kaum mehr bestritten werden, daß Großbetriebe ökonomischer und gewinnbringender arbeiten als kleine, daß das Handwerk mit der Maschine keinen Schritt halten, die kleine Fabrik nicht mehr der größeren und besser ausgestatteten gegenüber konkurrenzfähig bleiben kann.

Das neue mächtige Schiff „Imperator" mit seinen unerhörten Ausmessungen ist auch wohl nicht aus Gründen der Reklame gebaut, sondern kaufmännisch rechnerische Erwägungen haben hier zu der Erkenntnis geführt, daß drei kleinere Schiffe sich im Bau und im Betrieb teurer stellen als das eine große.

Warum sollen nun gerade die Irrenanstalten eine Ausnahme machen und bei ihnen die Größe und der Umfang des Betriebes in Verbindung mit den technisch vollkommenen Einrichtungen keine Einwirkung auf die Wirtschaftlichkeit haben?

Vorläufig stehen den sehr zahlreichen kleinen und mittleren Anstalten noch zu wenig große und sehr große zum Vergleich gegenüber, um ein einigermaßes klares Bild über die Wirtschaftlichkeit der einzelnen zu gewinnen. In der verdienstvollen Zusammenstellung des Herrn Reg.-Rat Dr. *Starlinger* in der Psychiatrischen Wochenschrift sind beispielweise von den großen Anstalten nur 3, von sehr großen nur 2 aufgeführt. Bei diesen mit Durchschnittszahlen zu operieren, könnte leicht irre führen, um so mehr als hier die Einzelzahlen zum Teil sehr weit auseinandergehen.

Neben den ungemein mannigfaltigen äußeren Verhältnissen, unter denen die Anstalten, ob groß und klein, zu arbeiten haben, wird es meines Erachtens immer und letzten Endes aber ankommen auf die inneren Komponenten, auf die Geeignetheit des Anstaltsleiters, der nicht nur lediglich den Arzt fühlen darf, auf die geschickte Organisation, die ohne Kraftvergeudung die passende Person auf die richtige Stelle zu setzen weiß, auf die Tüchtigkeit und den kaufmännischen Blick des Inspektors, die Erfahrung und Gewandtheit der Oberköchin usw.



Sind die Persönlichkeiten, die an wichtigen, die Wirtschaftlichkeit beeinflussenden Stellen stehen, und deren Anschauungen naturgemäß auf die ganze Anstalt abfärben, nicht auf ihrem Posten, dann kann und wird auch eine Anstalt mit 2000 und mehr Betten ökonomisch schlechter abschneiden als kleinere. Das dürfte jedoch füglich der Größe der Anstalt nicht zuzuschieben sein. — Über die Frage, ob aus rein psychiatrischen Gründen kleine, mittlere oder große Anstalten den Vorzug verdienen, möchte ich mich noch nicht aussprechen. Die diesbezüglichen Erfahrungen mit den ganz großen Anstalten sind noch zu spärlich, um Erörterungen anders als theoretisch zu gestalten, während die wirtschaftlichen Verhältnisse sich schon jetzt in greifbaren Zahlen fassen lassen.

Kolb-Erlangen dankt namens der Ärzte an den öffentlichen Anstalten dem Vorstande für den Vorschlag des Themas und Herrn *Starlinger*.

Die Größe der Anstalten ist von entscheidender Bedeutung für die Zukunftsaussichten der Irrenärzte.

Die durchschnittliche Qualtität der Irrenärzte hängt ab von den Zukunftsaussichten, die sich ihnen bieten.

Die therapeutischen Leistungen der Anstalten hängen ab von der Qualität der Irrenärzte.

Es ist also nicht ärztlicher Egoismus, sondern berechtigte Sorge um die Anstalten, wenn vor einer weiteren Verschlechterung der ärztlichen Zukunftsaussichten gewarnt wird.

Früher traf auf 2—3 Arztstellen eine Direktorstelle, jetzt auf 6—7; es gibt jetzt schon Anstalten, in denen auf 15 und 20 Ärzte erst ein Direktor trifft; wenn allmählich die kleinen Anstalten immer mehr verschwinden, wird es noch schwerer sein, als es jetzt schon ist, tüchtigen Nachwuchs zu bekommen, da für wahrhaft tüchtige Naturen eine unselbständige Oberarztstelle als Endziel der Laufbahn keinen Anreiz bilden kann.

In großen Anstalten tritt für den Direktor die ärztliche Beschäftigung in den Hintergrund; nur ganz hervorragende Direktoren werden neben dem Dienst Zeit finden, sich ärztlich auf der erforderlichen Höhe zu halten; besonders schwierig wird die Situation für neue Direktoren, die das ungeheure Krankenmaterial erst nach längerer Zeit übersehen, und für Direktoren in höherem Lebensalter.

Die eigentliche Verantwortlichkeit des Dienstes tragen die Oberärzte — ohne das Korrelat der ärztlichen Selbständigkeit.

In sehr großen Anstalten, soweit es sich nicht um die Versorgung einer Großstadt handelt, ist der für die Entlassungen, Anamnese usw. so wichtige Konnex mit den Angehörigen erschwert — der Transport in die Anstalt, die Besuche der Angehörigen sind verteuert und mit Zeitaufwand verbunden —, die therapeutisch aussichtsreichen akutesten und akuten Krankengruppen (Deliranten usw.) fehlen oder sind spärlich vertreten.

Wenn gesagt werde, die großen Anstalten entsprächen der Tendenz



der Zeit, so ist zu erwidern, daß gerade mit steigender Kultur die Ansprüche an eine individuelle Unterbringung und Behandlung steigen; der ungeheure Zulauf, den die Psychoanalyse gefunden hat, wurzelt zu einem großen Teile in dem durch die langdauernde Exploration bedingten Gefühl der ganz besonderen ärztlichen Anteilnahme; in der großen Anstalt fühlt sich der Kranke als Nummer.

Die dem Anstaltsinteresse schädliche Abwanderung der finanziell leistungsfähigen Kranken in die kleinen Privatanstalten, Stadtasyle, Sanatorien usw. ist zum Teil durch das Gefühl der ungenügenden individuellen Berücksichtigung in den großen öffentlichen Anstalten bedingt.

In stets zunehmendem Maße gehen den öffentlichen Anstalten auch die leichteren Fälle von Psychosen, Grenzfälle psychopathischer Persönlichkeiten zu — sie erheischen eine ganz besondere Berücksichtigung der Individualität, die ihnen die übergroße Anstalt nicht zu bieten vermag.

Es ist aus diesen Gründen psychiatrisch zu bedauern, daß eine durch ihre hervorragenden Leistungen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge berühmte Provinz den Bau einer sehr großen Anstalt durchgeführt hat. Besonders bedenklich ist die geringe geistige Anregung, die eine sehr große Anstalt mit überwiegend chronisch Kranken den Ärzten zu bieten vermag; auf den einzelnen Arzt treffen im Jahre nur etwa 20 frische Fälle.

Die von der neuen, für über 2000 Kranke bestimmten Anstalt erhoffte Einsparung ist bei aller Anerkennung der technisch geradezu hervorragenden Anlage mehr als zweifelhaft: Die Mehrzahl der Angestellten steht jetzt noch im Anfange der Dienstzeit, die Ausgaben werden mit zunehmendem Dienstalter beträchtlich ansteigen:

für Bauunterhalt ist nur ½% der Bausumme etatisiert. Der Betrag wird sich später um 80 000 Mk. auf 1½% erhöhen;

für 11 Verwaltungsbeamte sind nur 3 Vorrückungsstellen vorhanden;

ob man mit 54 Pfg. selbst bei großem Gutsbetrieb Kranke verköstigen kann, ist doch recht zweifelhaft;

die Zahl der Angestellten ist wohl vielfach sehr niedrig angenommen;

die Löhne sind teilweise nicht sehr hoch; gerade in sehr großen Anstalten weiß das Personal rasch Lohnerhöhungen zu erreichen.

Im übrigen ist nach den Jahresberichten festzustellen, daß die Anstalten unter 500 und über 1200 Kranke im Betrieb durchschnittlich teurer sind als die Anstalten von 500—800 und von 800—1200; diese beiden letzten Gruppen stehen sich in der Höhe des erforderlichen Aufwandes annähernd gleich; es besteht also kein finanzieller Grund, Anstalten mit mehr als 800 Betten zu bevorzugen.

Große Anstalten mit mehr als 800 Kranken können vom psychiatrischen Standpunkte am ersten da toleriert werden, wo sie praktisch am schwersten entbehrlich sind: bei der Versorgung der Großstädte.

Auch dagegen kann der Psychiater nichts sagen, wenn eine Provinz ausnahmweise eine Anstalt über 800 Betten vergrößert, um einem rasch aufgetretenen und unverhergesehenen Bedürfnis an Krankenplätzen rasch abzuhelfen.

Dagegen ist sehr bedenklich und aufs äußerste zu bekämpfen die Schaffung eines Normaltypus von 1000 oder 1200 Betten oder gar darüber.

Weygandt-Hamburg: Hamburg wird demnächst in Friedrichsberg 1500, in Langenhorn 2000 Kranke zählen; es wird daher bereits eine dritte Anstalt, für 2000 Kranke, geplant. Für Hamburg sind solche große Anstalten eine dira necessitas, weil das zur Auswahl stehende Gelände knapp ist. Ein wichtiger Grund für die Errichtung kleinerer Anstalten, die Versorgung kleinerer Aufnahmebezirke, kommt für großstädtische Anstalten nicht in Betracht.

Die Erfahrungen mit großen Anstalten sind noch gering, auf deutschem Sprachgebiete handelt es sich nur um einige Versuche in Wien, Berlin, Hamburg, Rheinprovinz und Westfalen. Die Verhältnisse sind noch geradezu inkommensurabel, sowohl nach Anlage- wie auch nach Betriebskosten, viele Einzelheiten sind gar nicht vergleichbar. Die Hamburger Anstalten arbeiten ziemlich teuer, was aber an einigen Betriebseigenheiten und den allgemein hohen Preisen dortselbst liegt.

Ein Grund für kleinere Anstalten, der sich wohl hören ließe, ist der, daß sie dem jungen Arzt größere Hoffnung auf die Erlangung einer Direktorstelle erwecken. Aber damit wird man bei den maßgebenden Behörden nichts ausrichten, diese werden vielmehr erklären, daß die Anstalten nicht für die Ärzte, sondern für die Kranken da sind, und daß es traurig um den Diensteifer der Ärzte bestellt sein müsse, wenn nur in der Aussicht auf eine Direktorstelle etwas Tüchtiges geleistet werde. In Hamburg sind die Oberarztstellen so gut dotiert (im Barendgehalt nur 100 Mk. monatlich weniger als die Direktoren), daß dieser Punkt weniger ins Gewicht fällt. Die den Ober- und Anstaltsärzten mehr als dem Direktor zur Verfügung stehende freie Zeit erlaubt eine lebhafte Betätigung wissenschaftlicher Art. Erfolge auf diesem Gebiet sind entschieden befriedigender als rein administrative Tätigkeit.

Wenn wirklich gleiche Anlage- und Arbeitsbedingungen für große und kleine Anstalten bestehen, dann ist eine gewisse Verbilligung entsprechend der Größe der Anstalt durchaus anzunehmen. Die Schaffung einer Zufahrtslinie ist rentabler für eine große Anstalt, noch mehr für eine Zwillingsanstalt. Unterhaltungen für die Kranken kosten bei einer Beteiligung von 600 sozialen Kranken auch nicht mehr als bei Beteiligung von nur 200.

Es fragt sich nur: Bei welcher Anstaltsgröße kann von einer einheitlichen Leitung nicht mehr die Rede sein? Wenn es sich um einen patriarchalischen Betrieb alten Stils handelt, bei dem der Direktor jeden einzelnen Kranken persönlich näher kennt, dann ist die Grenze mit 400

erreicht. Über diese Grenze sind wir aber schon fast allgemein hinausgekommen. In Friedrichsberg sind zurzeit gegen 1400 Kranke bei mehr als 1200 Aufnahmen und zwar Aufnahmen ohne Deliranten. Daß dabei eine einheitliche Leitung nicht mehr möglich sei, muß ich durchaus bestreiten, ebenso auch die Annahme von *Kolb*, daß beim Direktor die ärztliche Tätigkeit völlig verkümmere zugunsten der administrativen. Ich betrachte meine Tätigkeit als eine ganz überwiegend ärztliche, treffe therapeutische Anordnungen, mache Spinalpunktionen, habe gelegentlich den Abteilungsdienst mit Sondenfütterungen usw. versehen, mache Dutzende von Gutachten, nehme Assoziationsreaktionen vor, operiere Versuchstiere, halte zahlreiche Vorlesungen usw. Wenn ich gelegentlich doch den Wunsch habe, noch mehr Zeit der ärztlichen Tätigkeit und vor allem der Wissenschaft widmen zu können, so kommt der anderweitige Zeitaufwand nicht von den laufenden administrativen Aufgaben her, sondern vielmehr von den vielen Sitzungen und den manchmal übertriebenen Schreibarbeiten, die sich aus dem außerordentlich ausgedehnten Beschwerderecht und anderen Eigentümlichkeiten ergeben.

Ein Punkt ist noch von ganz besonderer Wichtigkeit: Je größer die Anstalt und ihr Etat, um so eher wird sie Mittel flüssig machen und Arbeitskräfte bereitstellen können für die wissenschaftliche Tätigkeit. In Hamburg hat jede der beiden Anstalten Arbeitsgelegenheit für anatomische, serologische und psychologische Zwecke. Friedrichsberg verwandte 1912 für Obduktionen und wissenschaftliche Forschung über 23 000 Mk. Nach dem Umbau werden Räume mit über 1300 qm Bodenfläche für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung stehen. Es ist zweifellos, daß kleinere Anstalten unmöglich derartige Mittel aufwenden können, und daß auch bei proportionaler Verteilung der Mittel auf mehrere Anstalten nicht derartig ausgiebig wissenschaftlich gearbeitet werden könnte, wie bei der Konzentration solcher Mittel in einer einzigen Anstalt. Im Sinne der wissenschaftlichen Hebung der Anstalten ist die Vergrößerung ihrer Platzzahl sicher bedeutungsvoll.

Vocke-Eglfing bekennt sich als Anhänger der Anstaltsgröße von 1000 bis 1200 Betten. Daß bei ganz gleichen Verhältnissen und gleichen Ansprüchen die Bau- und Betriebskosten in einer großen Anstalt geringer sind als in einer kleinen, ist unbestreitbar. Redner belegt dieses bezüglich der Betriebskosten durch Mitteilung von Ziffern über den Personalstand und die Betriebsausgaben an der alten Anstalt München und ihrer Nachfolgerin der Anstalt Eglfing.

Wichtig sei aber die ärztliche Seite. Vor allem müsse die einheitliche Leitung gesichert sein. Maßgebend ist da Bestand und Aufnahmeziffer. Bei 1200 Bestand und 600 Aufnahmen jährlich ist eine ärztliche Leitung noch möglich, doch muß der Grundsatz befolgt werden, „minima non curat prätor". Nicht minder bedeutungsvoll ist für die Ärzte die Avancementsfrage und darum sind Anstalten mit 15 und mehr Ärzten und

nur 1 Direktorstelle zu verurteilen. Allein die Chancen des Avancements wachsen andererseits auch nicht etwa im gleichen Verhältnis wie die Zahl der Direktorstellen, denn je länger ein Arzt bei Erlangung einer solchen Stelle ist, desto länger verbleibt er in derselben. 6 Anstalten à 800 Betten verbessern gegenüber 4 Anstalten à 1200 Betten also das Avancement keineswegs um 50%, wie es scheinen könnte.

Starlinger (Schlußwort): Ich bedauere, daß ich wegen vorgerückter Zeit meine Ausführungen allzusehr kürzen mußte und manche Seite unseres Themas nicht gehörig beleuchten konnte. Mancher Einwand der Diskussion, sowie manche Ergänzung wäre sicherlich dadurch in Wegfall gekommen.

Auf die ziffernmäßigen Ausführungen des Kollegen *Flügge* hat *Kolb* schon reagiert und hingewiesen, daß die geringe Aufnahme, das vorwaltende Pflegematerial der Kranken in Bedburg und die einzige Verpflegklasse die Administration wesentlich erleichtern und vereinfachen und daher auch billiger erstehen lasse. Hinzufügen aber möchte ich vor allem, daß die kurze Verwaltungsfrist zu großer Vorsicht mahne in der Deutung der Ziffern. Dem Lobe des Großbetriebes in Krankenanstalten kann ich leider nicht beistimmen, und der Hinweis auf den „Imperator" kann mich schon gar nicht darin erschüttern, er ist ja auch auf eine S a n d b a n k geraten. Ich könnte nach meinen Anschauungen höchstens hinzufügen, daß ich für den Großbetrieb der Irrenanstalten mehr als eine Sandbank kenne.

Vocke hat als nächste sozusagen wissenschaftliche Etappe der Anstaltsgröße die Anstalt von 1000 bis 1200 p r o p h e z e i t, ich suchte die Anstalt von 800 bis 1000 zu b e g r ü n d e n — durch zahlreiche Erfahrungsziffern, durch die Not des Anstaltswesens und durch die Bedingungen der Arbeitstherapie, die uns allen gleich am Herzen liegt.

Ich kann mich des Eindrucks nicht verschließen, daß wir zu kurz und ein wenig zu leicht über die wichtigste Anstaltsfrage hinweggegangen sind, und ich hoffe sicher, daß die Zukunft der mittleren Anstalt zu ihrem Rechte verhelfen wird, und was darüber hinausgeht, nur ganz notgedrungen geschehen kann.

Fauser-Stuttgart: P a t h o l o g i s c h - s e r o l o g i s c h e B e f u n d e b e i G e i s t e s k r a n k e n a u f G r u n d d e r *A b d e r h a l d e n*s c h e n A n s c h a u u n g e n u n d M e t h o d i k.

In technischer Beziehung ist in erster Linie auf die Publikationen *Abderhaldens* zu verweisen, dem wir sowohl die grundlegenden allgemeinen physiologischen Ideen wie die Methodik zu verdanken haben. Manches von dem, was *F.* gefunden hat, lag, in mehr oder weniger bestimmter Form, schon längst sozusagen in der Luft. An seiner Idee z. B., es könnte eine Störung seitens der G e s c h l e c h t s d r ü s e n in ursächlicher Beziehung zu der Dementia praecox stehen, haben alte Reminiszenzen aus



dem *Schüle*schen Lehrbuch der Psychiatrie teilgenommen; auch in neueren Lehrbüchern der Psychiatrie, in dem *Kraepelin*schen und anderen finden sich Hinweise auf diese Frage. Seine auf Grund klinischer Erwägungen schon seit Jahren gehegten und ausgesprochenen Ideen über die Ätiologie der Dementia praecox und anderer Psychosen mußten unbeweisbare Hypothesen bleiben, solange die exakten wissenschaftlichen Methoden zu ihrer tatsächlichen Begründung fehlten. Von der Vermutung ausgehend, daß manche Drüsen der inneren Sekretion, namentlich die Geschlechtsdrüsen bzw. ihre Sekrete, Antigencharakter besitzen und sich dann die entsprechenden Antikörper im Blut der Kranken nachweisen lassen könnten, hat *F.* vor annähernd 4 Jahren unter scharfer Einstellung des Problems auf die Immunitätsvorgänge seine Gedanken auf experimentellem Wege — mittelst der Komplementbindungstheorie — weiter verfolgt, ist aber trotz lange Zeit fortgesetzter, mühevoller Versuche zu keinem positiven Ergebnis gelangt. So mußten die *Abderhalden*schen Arbeiten, namentlich das (im April oder Mai 1912 erschienene) kleine Buch „Schutzfermente des tierischen Organismus" von großem Eindruck auf den Vortr. werden. Klärend wirkte auch die von *Abderhalden* bereits mit Erfolg gemachte Anwendung seiner Theorien auf die serologische Diagnostik der Schwangerschaft. Sofort drängte sich *F.* die Analogie zwischen der Plazenta bzw. den nervösen Störungen während der Schwangerschaft und den Organen der inneren Sekretion bzw. den durch sie bewirkten nervösen Störungen auf.

Vortr. geht nunmehr auf seine an etwa 250 Geisteskranken gewonnenen serologischen Befunde ein. Er verweist zunächst auf die in der Deutschen und Münchner medizinischen Wochenschrift [1]) von ihm publizierten Arbeiten, in denen er unter genauer Angabe der Protokolle über mehr als 100 Fälle berichtet hat. Er glaubt nunmehr ohne Reserve sagen zu dürfen, daß seine Befunde mindestens in der Hauptsache richtig sind; er beruft sich dabei auch auf das Zeugnis der zahlreichen Kollegen aus Universitätskliniken, Irren- und Krankenanstalten, die sich in der letzten Zeit im Stuttgarter Bürgerhospital eingefunden haben, um die Technik zu erlernen. Noch sei die Arbeit nicht am Ende, sondern fange vielmehr erst jetzt recht an; in welchen Richtungen sie sich weiter zu bewegen habe, führt Vortr. des näheren aus. Im einzelnen sind seine Befunde folgende:

I. Dementia praecox. — In der Mehrzahl der Fälle Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen wie gegen Hirnrinde. *F.* stellt sich vor, daß durch den nachträglich im Blut sich vollziehenden Abbau unvollständig oder falsch abgebauten Testikelmaterials Zwischen-

[1]) D. med. Wschr. 1912, Nr. 52 u. 1913, Nr. 7; Münch. med. Wschr. 1913, Nr. 11.

produkte entstehen, die eine schwere Rindenvergiftung herbeiführen und dadurch sowohl die „Dysfunktion“ der Hirnrinde im *Abderhalden*schen Sinne, wie parallel damit das psychiatrisch-klinische Krankheitsbild herbeiführen. Bei der „Dysfunktion“ der Geschlechtsdrüsen denkt *F.* in erster Linie an hereditäre Eigenschaften; in einigen Fällen fand *F.* neben der (an dem Schutzferment erkennbaren) „Dysfunktion“ der Geschlechtsdrüsen auch eine solche der Schilddrüse; zur Erklärung erinnert *F.* an das Korrelationsverhältnis, in dem Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse zueinander stehen. Bemerkenswert ist die von *F.* bis jetzt regelmäßig gefundene Geschlechtsspezifizität (das Blut männlicher Dem. praecox-Kranker baut im Dialysierverfahren nur Testikel, nicht Ovarien, das Blut weiblicher nur Ovarien, nicht Testikel ab) und die Brauchbarkeit der Geschlechtsdrüsen auch ganz alter Personen für den Dialysierversuch. Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen konnte der Vortr. mit Sicherheit bis jetzt nur bei Dementia praecox auffinden. Mehrere Fälle mit Abbau der Geschlechtsdrüsen, die klinisch zunächst der Dem. praec. nicht zuzugehören schienen, erwiesen doch im weiteren Verlauf oder bei genauerer Nachforschung die Richtigkeit der serologischen Diagnose.

In einer geringen Minderzahl von sicheren Dem. praec.-Fällen wurde Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen oder gegen Rinde vermißt, bzw. war es zu gewissen Zeiten nachweisbar, zu anderen nicht. Da es sich hier wohl nicht lediglich um Versuchsfehler handeln kann, so ist die Vermutung gerechtfertigt, daß die „Dysfunktion“ der Geschlechtsdrüsen wie der Rinde nicht immer eine kontinuierliche, sondern manchmal eine intermittierende ist; mitunter glaubte *F.* hierbei einen Parallelismus zwischen serologischem Befund und klinischem Krankheitsbild beobachten zu können. In einigen Fällen von „Endzuständen“, die zu völligem, klinischem Stillstand gekommen waren, wurde Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen wie gegen Rinde vermißt; in solchen Fällen handelt es sich eben nicht mehr um Krankheitsprozesse, sondern um Defektzustände.

II. Neurosen und Psychosen bei gröberen Erkrankungen der Schilddrüse. — Bei Basedowpsychosen und anderen psychischen Störungen, die in dem weiten Rahmen der Dem. praec. untergebracht werden konnten, fand sich Schutzferment sowohl gegen Schilddrüse wie gegen Hirnrinde.

III. Die progressive Paralyse. — In der Mehrzahl der Fälle Schutzferment gegen Rinde. Nur in ganz seltenen Fällen von sicherer Paralyse wurde es vermißt. Ob hier ein Versuchsfehler vorlag, oder ob wir auch für die Paralyse eine diskontinuierliche „Dysfunktion“ der Hirnrinde annehmen müssen, läßt *F.* vorerst unentschieden. In zwei Fällen dieser Art bei weit vorgeschrittener Paralyse konnte angenommen werden, daß die Kranken (ähnlich wie Tuberkulöse) nicht mehr imstande



waren, Schutzferment zu produzieren. In der (zentrifugierten) Spinalflüssigkeit von Paralytikern konnte *F.* bis jetzt niemals Schutzferment gegen Rinde nachweisen. Daß in einigen Fällen auch Schutzferment gegen Niere, dann und wann auch gegen Leber gefunden wurde, steht mit der *Kraepelin*schen Auffassung von der Paralyse als einer Erkrankung des Gesamtkörpers völlig im Einklang. An die Stelle des bei der Dem. praec. in die Blutbahn eingedrungenen Geschlechtsdrüseneiweißes tritt nach des Vortr. Vermutung bei der Paralyse das Spirochäteneiweiß.

IV. „Rein funktionelle" Psychosen (man.-depr., hysterisches Irresein, einfache psychopathische Zustände usw.). — Bis jetzt niemals Schutzferment gegen Hirnrinde. Daraus folgt nur, daß keine gröbere „Dysfunktion" von dieser Seite vorliegt, nicht aber, daß es sich nicht auch bei diesen Psychosen um Rindenvergiftungen handle; immerhin stimmt das nachgewiesene Fehlen einer gröberen „Dysfunktion" der Hirnrinde bei diesen „rein funktionellen" Psychosen ja vollständig mit unseren klinischen Anschauungen überein. Auch gegen Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse wurde hier niemals Schutzferment gefunden; selbstverständlich könnte trotzdem eine leichtere „Dysfunktion" dieser Drüsen auch hier vorliegen. Auch seitens anderer Drüsen der inneren Sekretion und anderer Organe: Hypophyse, Zirbeldrüse, Nebenniere, Muskel, Niere, Leber wurde hier keine „Dysfunktion" nachgewiesen. Auch die Möglichkeit ist zu erwägen, ob es sich bei den sogenannten funktionellen Psychosen nicht lediglich um eine übermäßige Abgabe eines normalen Sekrets, also um einen Exzeß hinsichtlich der Quantität, nicht hinsichtlich der Qualität handelt.

In mehreren differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen sicherte die serologische Untersuchung die Diagnose, die sich dann aus dem späteren klinischen Verlauf als richtig erwies; in einigen Fällen wurde eine falsche klinische Diagnose durch die serologische korrigiert, was durch genauere Nachuntersuchungen, Anamnesenerhebungen und den weiteren Verlauf bestätigt werden konnte.

V. Varia. — Bei epileptischen und alkoholischen Geistesstörungen in einigen schwereren Fällen Schutzferment gegen Rinde; bei chronischen Alkoholikern mit Leberschwellung einige Male Schutzferment gegen Leber. In einer Anzahl von Fällen fand *F.* bei in Agone liegenden Kranken Schutzferment gegen zahlreiche Organe. *F.* hebt zum Schluß hervor, daß wir erst am Beginn der Sache stehen, allerdings, wie er glaubt, einer neuen, großen und wichtigen Sache. (Ausführliche Veröffentlichung: dieses Heft S. 719 ff.)

Diskussion: — *Allers*-München hat sich ebenfalls mit dieser Methode befaßt, deren Grundlagen er in *Abderhalden*s Institut erlernt hat. Seine Versuche erstrecken sich nur auf Gehirn; die Resultate sind nicht so eindeutig wie die *Fauser*s. Insonderheit kommen auch bei einwand-

freier Technik positive Fälle unter den Zirkulären und Psychopathen vor. Zu der Deutung der *Fauser*schen Versuche ist zu bemerken, daß die Annahme eines Nebeneinanderbestehens verschiedener spezifischer Fermente in den Fällen, wo Abbau mehrerer Organe beobachtet wird, unbegründet erscheint; viel wahrscheinlicher ist es, daß ein unspezifisches Ferment vorliegt. Die *Fauser*sche Hypothese von der Wirksamkeit der im Serum gefundenen Fermente beim Abbau des Gehirns ist nicht haltbar, weil gerade bei der Paralyse im Liquor die Fermente nicht nachweisbar sind, während viele andere Stoffe (Wa.R., Haemolysine) in den Liquor übertreten. Auch müßte erst bewiesen werden, daß die Fermente im kreisenden Blute frei vorhanden sind (Adrenalin z. B. ist nach *O'Connor* im Serum, aber nicht im Plasma nachweisbar). Es ist vorderhand sowohl bei der Aufstellung von Hypothesen als bei der diagnostischen Verwertung des Verfahrens äußerste Vorsicht geboten.

Kafka-Hamburg (vorgetragen durch Herrn *Pförringer*): Nachdem auf die außerordentliche Notwendigkeit einer einwandfreien, exakten Technik bereits hingewiesen wurde, sei nur noch besonders darauf aufmerksam gemacht, daß auf unserem Gebiete ganz besondere Vorsichtsmaßregeln geboten erscheinen, da wir mit Leichenorganen zu arbeiten haben. Speziell sei bemerkt, daß im eigentlichen Versuche die Kontrolle: inaktives Serum und Organ sehr wichtig ist, weil sie zeigt, ob sich im Serum nicht durch Fermentwirkung entstandene Stoffe vorfinden, die mit jenen des Organs zusammen imstande sind, eine positive Reaktion mit Ninhydrin zu geben, und so die Biuretreaktion bis zu einem gewissen Grade entbehrlich macht. — Wie von Herrn *Fauser* eben selbst bezüglich einiger Fälle von Paralyse berichtet wurde, wurde auch bei uns die Beobachtung gemacht, daß manchmal bei verschiedenen Untersuchungen desselben Falles, besonders bei Dementia-praecox-Kranken, das Resultat nicht vollkommen gleich ausfiel, obwohl keine Änderung des Krankheitsbildes eingetreten war. — Als Kontrollmaterial gegenüber der Dementia praecox müssen nicht nur vollkommen normale Fälle, die auch bei uns stets negativ reagierten, herangezogen werden, sondern, was sehr wichtig ist, auch solche mit anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Drüsen mit innerer Sekretion, z. B. multiple Sklerose, Gehirntumoren, Akromegalie, Idiotieformen usw. Wir beobachteten nämlich in solchen Fällen, wenn auch selten, ähnliche Reaktionstypen, wie bei der Dementia praecox, was ja theoretisch verständlich ist. Die Differenzen solcher Fälle müssen durch weitere Untersuchungen des Dialysats, besonders aber durch die optische Methode festgestellt werden. — Bezüglich der Spinalflüssigkeit haben wir ebenfalls eine größere Reihe von Untersuchungen angestellt. Auch bei Anwendung größerer Liquormengen konnten wir weder Schutzfermente gegen Plazenta bei Graviden, noch Schutzfermente gegen Gehirn bei Paralysen in der Zerebrospinalflüssigkeit nachweisen. Diese Befunde sind von großem Interesse für



die Liquorphysiologie, wie auch für die Pathologie der Paralyse und anderer Erkrankungen. Auch scheinen diese Resultate gegen die *Fauser*sche Hypothese vom Übergange der Schutzfermente zum Organe und des hier weiter stattfindenden Abbaus durch das Ferment selbst nach Art einer Circulus vitiosus zu sprechen, wenigstens was das Gehirn betrifft.

F. K. Walter-Gehlsheim: Eigene Erfahrungen über das Dialysierverfahren besitze ich leider nicht. Doch hat Dr. *Fischer*, Assistent der psychiatrischen Klinik zu Rostok, der die Methodik bei Herrn *Fauser* erlernte, in seinen selbständig im Stuttgarter Bürgerhospital ausgeführten Untersuchungen die *Fauser*schen Angaben durchaus bestätigt. Im übrigen möchte ich darauf hinweisen, daß ich auf Grund experimenteller Untersuchungen über die Schilddrüse zu vielfach ganz ähnlichen Anschauungen gelangt bin, wie sie der Herr Vortr. geäußert hat.

Römer-Illenau berichtet kurz über Untersuchungen, die er mit *Bundschuh* zur Nachprüfung der *Fauser*schen Befunde an dem Illenauer Material während der letzten Monate vorgenommen hat. Die Untersucher verfügen bis jetzt über 36 Fälle, sämtlich männliche Patienten, bei denen das Serum mit Gehirnrinde, Schilddrüse und Testikel zusammengebracht wurde. Die Resultate stimmen im ganzen mit den Befunden *Fauser*s überein. Bei den 6 Gesunden und den 4 Manisch-depressiven fielen die Reaktionen durchweg negativ aus. Von den 20 Dementia-praecox-Fällen bauten 15 Rinde und Testikel, 1 Rinde und Schilddrüse, 3 Rinde, Schilddrüse und Testikel und 1 ausschließlich Schilddrüse ab. Bei den 6 Paralytikern war die Reaktion ausschließlich mit Rinde 3 mal positiv, einmal mit Rinde und Schilddrüse, einmal mit Rinde und Testikel und einmal ausschließlich mit Testikel. Der Befund bei den Paralytikern zeigt verhältnismäßig am meisten Schwankungen, doch ist die Zahl der untersuchten Fälle für allgemeinere Schlußfolgerungen entschieden zu klein. Wichtiger erscheint die Übereinstimmung mit *Fauser*s Befunden bezüglich der Gesunden, der Manisch-depressiven und der Dementia praecox. Wenn es sich hierbei auch nur um 30 untersuchte Fälle handelt, so kann doch im Hinblick auf die insgesamten 90 Reaktionen das Ergebnis nicht als ein Produkt des Zufalls erklärt, vielmehr muß es als eine Bestätigung des *Fauser*schen Befundes, jedenfalls in seinen wichtigsten Punkten, angesprochen werden.

Zugleich wird aber ausdrücklich betont, daß die *Abderhalden*sche Methode keineswegs so einfach ist wie die ihr zugrunde liegende Leitidee. In diesem Zusammenhange können nur wenige Momente erwähnt werden: Zunächst wird hervorgevoben, daß das Serum, das bei jedem einzelnen Fall zur Kontrolle allein, also ohne hinzugefügte Organteile, angesetzt wurde, bei dieser Kontrolle nie mehr eine positive Reaktion gab, seitdem

die ausgekochten Punktionsnadeln vor der Blutentnahme ausgetrocknet und so auch die leichtesten, schwer wahrnehmbaren Grade von Hämolyse vermieden wurden. Ferner gelang die Zubereitung der Organe wesentlich besser, als auf die Mitteilung aus der *Krönig*schen Klinik an Stelle des Illenauer weichen Leitungswassers 0,9 %ige Kochsalzlösung zum ersten Auswaschen der Organe verwendet wurde. Es werden deshalb nur noch Organe, die beim ersten Kochen einen völlig weißen Schaum gaben, benützt. Offenbar ist die Beschaffung geeigneter Organe bei der Anwendung der Methode auf die psychiatrischen Fragestellungen wesentlich schwieriger als bei der serologischen Graviditätsdiagnostik, für welche die Präparation der Plazenta, also eines auf physiologischem Wege lebensfrisch zu bekommenden Organes genügt. Für die psychiatrischen Zwecke sind dagegen mehrere Organe erforderlich, die nur unter besonders günstigen Umständen in frischem Zustande zu erhalten sind; außerdem ist die Frage, inwieweit die zum Tode führenden Krankheitsprozesse ihre Verwertbarkeit etwa beeinträchtigen, noch völlig ungeklärt. Um bezüglich der Organe möglichst sicher zu gehen, haben die Untersucher es sich zur Regel gemacht, außer der Organkontrolle (Organ + inaktiviertes Serum) in jeder Versuchsreihe auch das Serum mindesten eines gesunden Individuums mitzunehmen.

Erwägt man diese und die zahlreichen übrigen Fehlerquellen, wie sie ja die Anwendung einer neuen Forschungsmethode auf ein neues Arbeitsgebiet notwendig zunächst mit sich bringt, so kann es nicht weiter auffallen, daß die *Fauser*schen Befunde bis jetzt noch nicht in größerem Umfange bestätigt werden konnten. Auf Grund der bisherigen, allerdings noch nicht sehr umfangreichen Nachuntersuchungen sind die Untersucher zu der Überzeugung gekommen, daß die *Fauser*sche Anwendung der *Abderhalden*schen Methode auf die Psychiatrie der Pathogenese ein neues und vielversprechendes Forschungsgebiet eröffnet hat; es sind deshalb zunächst möglichst zahlreiche Nachuntersuchungen mit einer vorsichtigen und kritischen Methodik erforderlich.

Schröder-Greifswald: Theoretische Erörterungen über die chemische und biologische Grundlage der Gedanken und Ausführungen von *Fauser* müssen zunächst zurückstehen, wenn es tatsächlich zutrifft, daß bei bestimmten psychischen Krankheitsprozessen stets oder in einem gewissen Prozentsatz derFälle ein Abbau bestimmter Organe eintritt, bei anderen nicht. Lehrt die Empirie die Richtigkeit der Angaben *Fauser*s, dann würde damit viel gewonnen sein für die Möglichkeit der Abgrenzung von Krankheitsvorgängen. Schon heute wird man aber wohl sagen müssen, daß es verfehlt ist, das Verfahren lediglich als ein differentialdiagnostisches Mittel zur Abgrenzung der Dementia praecox anzusehen; man wird vielmehr von vornherein die Untersuchungen auf eine sehr viel breitere Basis stellen müssen.

Nachuntersuchungen in der Greifswalder Klinik, ausgeführt von



Herrn Dr. *Neue*, haben eine einwandfrei verwertbare Konstanz der Befunde nicht ergeben, immerhin ist auffällig das sehr starke Überwiegen von positiver Reaktion auf Hoden oder Schilddrüse und meist auch auf Gehirn bei männlichen Dementia-praecox-Kranken gegenüber Degenerierten, Manisch-depressiven und Gesunden. Bei 8 Paralytikern fand sich in allen Fällen Abbau von Gehirn, häufig auch von anderen Organen (Pankreas, Leber, Niere), bei 7 Fällen von Hirnarteriosklerose gleichfalls stets Abbau von Gehirn und dazu in allen Fällen Abbau von Prostata, oft auch von Hoden.

Willige-Halle: Die Versuche, die mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren an der Psychiatrischen und Nervenklinik in Halle bisher gemacht wurden, gestatten noch kein abschließendes Urteil, da die bisher erzielten Resultate noch nicht eindeutig genug sind. Einerseits fand sich, daß die Mehrzahl der untersuchten Paralytikerblutsera außer Gehirneiweiß auch Thyreoidea und Hoden abbaute, andererseits haben die Sera einiger einwandfreier Paralysen Gehirneiweiß nicht abgebaut. Allerdings ist zu betonen, daß die große Mehrzahl der Paralytikersera vorzugweise mit Gehirn positiv reagiert. Bei einzelnen Katatonikern fiel die Reaktion mit Gehirn negativ aus. Ein Hirntumor ergab mit Thyreoidea positiven Ausfall, mit Gehirn negativen. Zwei Hypophysentumoren zeigten einen starken Abbau von Hypophyseneiweiß, der eine auch eine schwache Reaktion mit Thyreoidea.

Nach allem erscheint es uns richtiger, vorläufig noch keine weitgehenden Schlußfolgerungen und theoretischen Erklärungen an die Resultate des Dialysierverfahrens bei Geistes- und Nervenkrankheiten zu knüpfen, sondern zunächst noch ein möglichst großes Material unbefangen zu sammeln und dabei nicht von unserer heutigen psychiatrischen Nomenklatur auszugehen und nicht zu versuchen, die Richtigkeit unserer Krankheitsabgrenzungen durch diese Reaktion zu beweisen.

Fauser-Stuttgart betont in seinem Schlußwort gegenüber Herrn *Allers*, daß er ausgedehnte praktische Untersuchungen für wichtiger halte als theoretisieren; übrigens würde z. B. die von Herrn *A.* aufgestellte Vermutung, daß die betreffenden Stoffe erst bei der Blutgerinnung entstehen und nicht die Bedeutung von Schutzfermenten haben, selbst wenn sie richtig wäre, die Wichtigkeit der von *F.* festgestellten Tatsachen nicht erschüttern, denn diese Stoffe finden sich eben in großer Regelmäßigkeit nur bei gewissen Krankheitsformen, bei anderen dagegen nicht. Die von Herrn *A.* gefundenen abweichenden Resultate haben ihn (*F.*) keineswegs überrascht, denn bei seinen allerersten Versuchen habe er selbst ähnliche, mitunter geradezu tragikomische „Resultate" gehabt. Ähnlich sei es ja anfangs *Abderhalden* selbst mit seiner Schwangerschaftsdiagnose gegangen, während jetzt eine gynäkologische Klinik nach der anderen von langen Untersuchungsserien mit 100% richtiger Diagnose berichten könne. Er rät dringend, die Untersuchungen — unter peinlicher Beach-



tung sämtlicher Fehlerquellen — in ausgedehntem Maße fortzusetzen: „Das Gold liegt förmlich auf der Straße, es kommt nur darauf an, daß man früh genug aufsteht, um es aufzuheben."

Der *Schröder*sche Befund von Schutzferment gegen Prostata bei alten Arteriosklerotikern — also die Annahme einer „Dysfunktion" der Prostata — stände mit unseren bisherigen Anschauungen über die Bedeutung und Pathologie dieser innersekretorischen Drüse ganz wohl im Einklang; über das Vorhandensein und die Art etwaiger Beziehungen zwischen Arteriosklerose und Dysfunktion der Prostata wäre damit natürlich noch nichts ausgesagt.

Walter-Gehlsheim: Die Wirkung der normalen und pathologisch veränderten Schilddrüse auf das Nervensystem nach experimentellen Untersuchungen.

Vortr. geht von der früher von ihm nachgewiesenen Beeinflussung der Nervende- und Regeneration durch Exstirpation der Schilddrüse aus. Diese Wirkung kann nur eine direkte, nicht durch die Stoffwechselstörung bedingte sein, da sie sofort in voller Stärke auftritt, während die klinischen Kachexiesymptome und unter ihnen auch die Stoffwechselstörung erst allmählich im Verlauf von Wochen sich entwickeln.

Die Möglichkeit, daß beide voneinander unabhängig durch ein eventuell bivalentes Hormon der Schilddrüse bedingt seien, schließt *W.* auf Grund von Versuchen an Tritonen aus. Bei diesen Tieren, die rein symptomatisch ebenso wie höhere Wirbeltiere und speziell der Mensch eine typische Kachexia strumipriva als Folge der Thyreoidektomie aufweisen, führte die Beseitigung der Schilddrüse zu ganz analogen Störungen der Extremitäten-Regeneration wie eine teilweise Beseitigung der Innervation; nämlich Verlangsamung des Wachstums des amputierten Gliedes, Verminderung der Zehenzahl und häufig Verwachsung der regenerierten Zehen. Daraus folgert W., daß auch die Wachstumstörungen bei Thyreoidektomie durch Vermittlung des Nervensystems zustande kommen. Daß dies auch für die menschlichen Kretinen gilt, dafür spricht, daß *Marinesco* an einem solchen Individuum ebenfalls die Hemmung der Nervenregeneration feststellen konnte, wie Vortr. sie im Tierexperiment nachwies.

Da nun nach Schilddrüsenexstirpation im Zentralnervensystem erst sehr spät histologische Veränderungen gefunden werden, trotzdem die Regenerationshemmung sofort eintritt, so ist hiermit der Fall einer schweren physiologischen Funktionsstörung gegeben, der lange ohne organische Schädigung bestehen kann, wie der sofortige Wiedereintritt des Regenerationswachstums der Nerven nach Verfütterung von Schilddrüsenpräparaten beweist: Ein prinzipieller Unterschied zwischen „funktionell" und „organisch" besteht hier also nicht, sondern beide gehen ganz fließend ineinander über.

W. warnt daher vor der Bezeichnung „funktionell" bei zyklisch oder periodisch verlaufenden nervösen bzw. psychischen Symptomen, da man sich nach dem Beispiel der Schilddrüsenfunktion dieselben durch zeitweise A- oder Dysfunktion analog wirkender Drüsen mit innerer Sekretion ausgelöst denken könnte.

Daß ein ähnlicher Zusammenhang bei der Dementia praecox vorhanden ist, scheint *W.* trotz der noch mangelhaften und unregelmäßigen Befunde pathologisch-anatomischer Natur an den innersekretorischen Drüsen bei dieser Erkrankung wahrscheinlich. Denn auch beim Morbus Basedow, der nach Untersuchungen *Walters* und *Hosemanns* ein Dysthyreoidismus ist, sind oft histologische Veränderungen nur sehr schwer nachweisbar und treten vielfach unter verschiedenen Bildern (Kolloidstruma, Adenom der Thyreoidea usw.) auf, wobei nach *A. Kocher* und *Pettavel* auch die anderen Drüsen mit innerer Sekretion sehr häufig nicht normal sind. Jedenfalls läßt dieses Beispiel einer innersekretorischen Drüsenerkrankung darauf schließen, daß, wenn die Dementia praecox durch Störungen der inneren Sekretion bedingt ist, wir auch hier nicht nur verschiedene derartige Organe erkrankt finden, sondern auch die Veränderungen der einzelnen Drüsen teils sehr gering teils unter verschiedenen Formen auftreten können.

Allers-München: Die Stoffwechselstörung der progressiven Paralyse.

Auf Grund von umfänglichen Stoffwechselversuchen und Einzelversuchen über Teilgebiete des Stoffwechsels glaubt Vortr. sagen zu können, daß zumindest gewisse Stadien der Paralyse mit schweren und charakterisierbaren Stoffwechselstörungen einhergehen. Dieselben geben sich kund in einer Reihe von Erscheinungen, die sich zusammenfassend beschreiben lassen als eine quantitative Steigerung des endogenen Eiweißumsatzes bei einer Unfähigkeit des Organismus, den Abbau bis zu den normalen Endprodukten fortzusetzen; daher werden intermediäre Stoffwechselprodukte ausgeschieden (relative Harnstoffverminderung, Vermehrung des Neutralschwefels, der Purinbasen, Störungen der Hippursäuresynthese, Albumosurie usw.). Ausführliche Veröffentlichung in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 18, S. 1.

Kleist-Erlangen: Über Bewußtseinszerfall.

Unter der vorläufigen und unverbindlichen Bezeichnung „Bewußtseinszerfall" — das Wort stammt von *O. Gross* — versteht der Vortr. alle diejenigen Krankheitserscheinungen, in denen sich eine besonders tiefgreifende Lösung der seelischen Zusammenhänge zu offenbaren scheint. Diese Erscheinungen kommen zwar am häufigsten, aber nicht ausschließlich, bei der Dementia praecox vor. Die Untersuchungen des Vortr. gingen darauf aus, die Elementarstörungen in diesen Erschei-



nungen des Bewußtseinszerfalls klarzulegen und, wenn möglich, den hirnpathologischen Mechanismus dieser Elementarstörungen aufzudecken. Die Zerfallserscheinungen betreffen bald den Bewußtseinsinhalt, bald die Bewußtseinstätigkeit. Nur mit den letzteren beschäftigt sich der Vortr. im folgenden. Es ergab sich, daß die Zerfallserscheinungen an der Bewußtseinstätigkeit auch wieder verschiedener Art sind. Sie sind weder schlechthin eigenartige Störungen des Assoziationsvorganges (*Bleuler*), noch lassen sie sich sämtlich aus Störungen der Aufmerksamkeit bzw. aus einer Schwäche der Zielvorstellungen des Gedankengangs (*Kraepelin* u. a.) ableiten. Ein Teil der „dissoziativen" Erscheinungen ist allerdings Ausdruck einer Aufmerksamkeitsstörung — die Aufmerksamkeit ist unbeständig, die Aufgabe (Zielvorstellung) des Gedankengangs wird nicht festgehalten; in schweren Fällen kommt es kaum noch zu Ansätzen einer aufgabebestimmten Vorstellungsfolge, der Kranke ist schwer fixierbar und gleitet auf Nebenvorstellungen, zufällige Sinneseindrücke u. ä. ab. Es gibt Kranke, bei denen diese Art von Zerfall der Bewußtseinstätigkeit durchaus überwiegt. Bei einer anderen Gruppe von Zerfallserscheinungen, die bisher von der ersteren nicht genügend abgegrenzt worden ist, wenn auch die hierher gehörenden Fehler sämtlich schon beschrieben wurden (*Kraepelin*, *Stransky*, *Bleuler* u. a.), ist dagegen die Dissoziation eine nur scheinbare. Die Aufmerksamkeit ist gut, zum mindesten nicht gröblich gestört, die Aufgaben der Gedankengänge werden festgehalten — und doch erscheinen die Äußerungen der Kranken, obwohl auch keine Sprachstörungen daran schuld tragen, hochgradig verworren. Es handelt sich hier um selbständige Störungen in der Aktivierung der Vorstellungen. Die Vorstellungen sind dabei an sich erhalten, wie sich aus anderen Äußerungen der Kranken ergibt. Der Gegensatz zwischen dem wohlerhaltenen Gedächtnismaterial und der Unfähigkeit, über dasselbe richtig zu verfügen, ist eine sehr auffällige Erscheinung an diesen Kranken. Im einzelnen äußert sich die Aktivierungsstörung darin, daß eine gesuchte Vorstellung überhaupt nicht auftaucht — bei paranoischer Stellungnahme sprechen die Kranken dann von „Gedankenentzug" —, oder daß sie nur in Bruchstücken erweckt wird, oder daß statt der richtigen eine falsche, jener aber irgendwie verwandte Vorstellung sich darbietet (Verwechslungen, Metaphern, Symbole); sehr oft verquicken sich Teile der richtigen und einer falschen Vorstellung miteinander. In jeder Hinsicht ist diese Störung ein Spiegelbild der Wortfindungsstörung bzw. der Paraphasie. Es ist die gleiche Störung auf einer höheren, „vorsprachlichen" Stufe des Denkens, eine Störung der Vorstellungsfindung: paralogische Aktivierungsstörung. Diese Störung verbindet sich manchmal mit anderen, sonst auch rein vorkommenden Störungen der Vorstellungsaktivierung, der Aktivierungshemmung oder der krankhaften Aktivierungssteigerung. Die Kranken mit Aktivierungshemmung sind

unproduktiv, es fällt ihnen nichts ein — trotz guter Aufmerksamkeit, gutem Willen und trotz an sich vorhandenem Wissen. Die Kranken mit krankhafter Aktivierungssteigerung werden manchmal von einer Fülle sich drängender Vorstellungen überflutet — ohne daß eine Störung des Gedankenganges bzw. der Aufmerksamkeit im Sinne der Ideenflucht zu bestehen brauchte. Auch die Aktivierungshemmung und die krankhafte Überaktivierung haben Analogien unter den aphasischen Störungen: die Wortstummheit und die paraphasische Logorrhoe.

In hirnpathologischer Hinsicht ist bemerkenswert, daß nicht immer das gesamte Vorstellungsmaterial in gleichem Maße in seiner Aktivierung gestört ist. Manche Kranke zeigen schon beim Erkennen von Gegenständen paralogische Verfehlungen. Hier wird man auch in lokalisatorischem Sinne an Beziehungen zur Agnosie denken dürfen. Abgesehen von der Lokalisation ist es jedoch möglich, die Zerfallserscheinungen an der Bewußtseinstätigkeit einem allgemeinen neuropathologischen Störungsbegriffe unterzuordnen, dem der Koordinationsstörung (Ataxie). Wie bei gewissen Koordinationsstörungen mehr die Innervation der Nebenagonisten, bei anderen mehr die der Hauptagonisten gestört ist, so ist bei den „dissoziativen" Störungen des Gedankengangs bald die dem Hauptagonisten vergleichbare Aufgabevorstellung („Aufmerksamkeit") geschwächt, bald ist die Aktivierung derjenigen den Nebenagonisten analogen Vorstellungen gestört, durch welche die Lösung der Aufgabe herbeigeführt wird (paralogische Aktivierungsstörung).

Bumke-Freiburg i. Br.: Ein objektives Zeichen der nervösen Erschöpfung.

Bumke berichtet über Untersuchungen, die er zum Teil in Gemeinschaft mit *Haymann* (vgl. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913) in der Absicht angestellt hat, ein objektives Symptom der nervösen Erschöpfungszustände zu finden und so event. einen Beweis für den unklaren und subjektiven Begriff der reizbaren Schwäche zu erbringen. Den Ausgangspunkt dieser Untersuchungen bildeten frühere Studien des Vortr. über die galvanische Erregbarkeit der Netzhaut und insbesondere über die elektrische Auslösung des Lichtreflexes. Bekanntlich vermögen schwache galvanische Ströme am Auge — merkwürdigerweise zuerst bei Anodenschluß — eine Lichtempfindung auszulösen. Oft genügen dazu schon Stromstärken von $^1/_{50}$, häufiger solche von $^1/_{10}$ bis $^1/_5$M. A.; Ströme, die um mindestens das Doppelte stärker sind, lösen zugleich eine Irisbewegung aus, eine Pupillenverengerung, wie sie nach ganz kleinen Lichtreizen auch auftritt. Das Verhältnis zwischen dem sensorisch und dem pupillomotorisch wirksamen Reiz ist nun bei Gesunden annähernd konstant. Im äußersten Falle sind 4½ mal so starke Ströme für den zweiten Effekt erforderlich. Das ändert sich, wie der Vortr. früher (Ztschr. f. Psychol. Bd. 36) zeigen konnte, nach der durch schlaflose Nächte herbeigeführten Erschöpfung. Hier verhält sich Licht- und Reflexempfindlichkeit



wie 1 : 30 oder 1 : 40. Absolute Werte sind bei der elektrischen Prüfung natürlich nicht zu gewinnen, doch ergibt die Übersicht über ein größeres Beobachtungsmaterial, daß wahrscheinlich sowohl die Lichtempfindlichkeit gesteigert als auch die Reflexempfindlichkeit herabgesetzt ist. (Dazu sei bemerkt, daß nach den Untersuchunegn von *Patrick* und *Gilbert* als Folge der durch Schlafentziehung herbeigeführten Ermüdung u. a. auch eine Zunahme der Sehschärfe konstatiert werden kann).

Diese Untersuchungen hat dann zunächst *Haymann* und später der Vortr. an dem klinischen und poliklinischen Material der Freiburger Klinik fortgesetzt. Dabei mußten selbstverständlich alle die Fälle ausgeschieden werden, in denen der Lichtreflex aus organischer Ursache geschädigt sein konnte, also alle Paralytiker z. B. Die übrigen Geisteskranken verhielten sich fast ausnahmlos normal; insbesondere bei Dementia-praecox-Kranken und Manisch-depressiven wurden immer dann normale Verhältnisse festgestellt, wenn Schlaflosigkeit oder körperlich erschöpfende Momente ausgeschlossen werden konnten. Ganz anders waren die Resultate bei den echten Neurasthenikern (*Kraepelins* chronische nervöse Erschöpfung). Während sich alle nervösen Patienten, bei denen psychopathische Konstitution oder eine Form des manisch-depressiven Irreseins diagnostiziert werden mußte, normal verhielten, wurden bei den neurasthenischen Individuen Werte bis zu 1 : 47 festgestellt. Die unterste Gruppe lag hier bei 1 : 7, der Durchschnitt betrug 1 : 10. Die stärkste Abweichung vom normalen Verhalten wiesen alle Patienten auf, für deren Erkrankung exogene Momente (Typhus, Influenza, Phthise, Blutverluste, Überarbeitung, Alkohol, Tee- und Nikotinmißbrauch) nachgewiesen werden konnten. Vermißt wurde das Symptom bei fast allen Unfallneurosen. *Chotzen.* *Stertz.*

Im Anschluß an die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie fand auch statt die

Sitzung der Kommission zur Erforschung des Idiotenwesens. Breslau, Landeshaus 14. Mai, 1913.

Anwesend die Mitglieder Professor Dr. *Tuczek* als Vorsitzender, Dr. *Kluge*, Professor *Weygandt*; als Gast Dr. *Kleefisch*, Oberarzt der Idiotenanstalt Essen-Hutrop.

Nach einleitenden geschäftlichen Mitteilungen berichtet Oberarzt Dr. *Kleefisch*-Essen-Hutrop, daß am 1. Oktober 1913 in Essen ein „Medizinisch-Pädagogisches (Heilpädagogisches) Seminar" begründet werden wird, das speziell Lehrern und Ärzten an Hilfsschulen eine umfassende Ausbildung bieten soll. Es ist diesem Unternehmen ein Kuratorium an die Spitze gestellt, das sich aus Vertretern des Kultusministeriums, der Provinzialverwaltung der Rheinprovinz, der Magistrate von Essen, Dortmund und Düsseldorf, der Regierungen von Arnsberg, Düsseldorf und Münster, des Deutschen Hilfsschulverbandes, des Deutschen Schularzt-



vereins und der Kuratorien für Unterkurse aus Dortmund, Düsseldorf und Essen zusammensetzt.

Das Seminar umfaßt einen Unterkursus für Hilfsschullehrer und für Schul-, Hilfsschul- und Anstaltsärzte. Der Unterkursus wird einen vorbereitenden, einführenden und praktischen Charakter haben und den Lehrer auf das Eigenartige der Hilfsschulkinder und der Hilfsschularbeit, besonders auch durch eigene Versuche und Übungen, aufmerksam machen; der Oberkursus soll wissenschaftlich begründenden Charakter haben und einen tieferen Einblick in das Wesen und in die Einzelfragen der Heilpädagogik geben und mit den technischen Schwierigkeiten der ärztlich-erzieherischen Maßnahmen vertraut machen, ferner auch die sozialen Einrichtungen und die wirtschaftliche und kulturelle Bedeutung der Abnormenfürsorge und -hygiene behandeln. Ein wohl ausgestattetes Laboratorium für psychologische und heilpädagogische Arbeiten wird diesen Kursen zugleich mit einer Bibliothek dieser Spezialfächer eine sichere Grundlage geben.

Das Seminar ist für die westlichen Provinzen bestimmt; die Kosten und Betriebsmittel sind durch staatliche, behördliche und private Zuwendungen und Beiträge sicher gestellt.

Eine eingehende Darstellung und Begründung dieser Einrichtung ist in der „Zeitschrift zur Erforschung und Begründung des jugendlichen Schwachsinns“ vorgesehen.

Ein weiteres Verhandlungsthema stand nicht auf der Tagesordnung. Professor *Weygandt* regt an, eine besondere Sitzung der Kommission in Hamburg abzuhalten, um mit größerer Ruhe an einzelne Aufgaben der Kommission heranzutreten; er empfahl auch eine eingehende Besichtigung der Idiotenanstalt in Alsterdorf-Hamburg.

Professor *Tuczek* ersuchte den Oberarzt Dr. *Kleefisch* zum Eintritt in die Kommission. Die Aufnahme desselben ist inzwischen auch erfolgt.

Kluge.

---

141. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 21. Juni 1913.

Anwesend: *Ascher*-Berlin, *P. Bernhardt*-Dalldorf, *Bonawiecki*-Krakau a. G., *Bratz*-Dalldorf, *Bonhoeffer*-Berlin, *Borchardt*-Berlin a. G., *Eicke*-Buch, *Falkenberg*-Lichtenberg a. G., *Forster*-Berlin a. G., *Hagedorn*-Lichtenberg a. G., *Junius*-Buch, *van de Kamp*-Lichtenberg a. G., *Kutzinski*-Berlin a. G., *H. Laehr*-Schweizerhof, *Liepmann*-Dalldorf, *Moeli*-Lichtenberg, *Morochowsky*-Petersburg a. G., *Munter*-Berlin, *Plaskuda*-Lübben, *Richter*-Buch, *Salinger*-Buch a. G., *Sander*-Dalldorf, *Schmidt*-Lichtenberg, *Schwarz*-Berlin a. G., *Seelert*-Berlin a. G., *Seelig*-Lichtenberg, *Sklarek*-Buch, *Spliedt*-Waldfrieden, *Tomaczewski*-Berlin a. G., *Weißfeld*-Friedenau a. G., *Werner*-Buch, *Zinn*-Eberswalde.

Der Vorsitzende *Moeli* eröffnet die Sitzung und übermittelt einen Gruß des Koll. *Knecht*-Neuruppin.

Der Kassenführer *Zinn* legt über das vergangene Jahr Rechnung ab und berichtet, daß das Vermögen des Vereins sich jetzt auf 2137,16 Mk. beläuft. Ihm wird Entlastung erteilt, nachdem die Mitglieder *Hoffmann* und *Jeß* die Rechnung geprüft haben.

Der Vorstand wird auf Antrag *Richter* durch Zuruf wiedergewählt.

Vor der Tagesordnung berichtet

Forster-Berlin: Über den Nachweis lebender Spirochäten im Paralytikergehirn.

In Anschluß an die Untersuchungen von *Noguchi*, der in 20% von Paralytikergehirnen Spirochäten im Schnitte nachweisen konnte — Befunde, die von *Marinesco*, *Marie*, *Levaditi* und *Bankowski* bestätigt wurden — legte sich Vortr. die Frage vor, ob die Spirochäten in allen Fällen von Paralyse vorhanden sind. Nachdem er von *Tomaczewski* gehört hatte, daß Überimpfungen von Gummigeschwülsten regelmäßig Syphilis bei dem infizierten Tiere hervorrufen, obwohl bei der mikroskopischen Untersuchung Spirochäten so gut wie nie nachgewiesen werden können, schlug er vor, das durch Hirnpunktion gewonnene Hirnmaterial von Paralytikern auf Tiere zu überimpfen. Diese Versuche wurden in Gemeinschaft mit Prof. *Tomaczewski* angestellt.

Das bei der Hirnpunktion gewonnene Material wurde vor der Impfung stets frisch mittels des Dunkelfeldes untersucht. Gleich bei den ersten beiden punktierten Fällen konnten lebendige Spirochäten im Dunkelfeldpräparat nachgewiesen werden. In vier weiteren auf die gleiche Weise untersuchten Fällen blieb das Resultat negativ. Über den Erfolg der Impfungen soll später berichtet werden.

Diskussion. — *Tomaczewski*-Berlin: Das Dunkelfeld ist für den Nachweis der Syphilisspirochäte dem gefärbten Ausstrichpräparate und der Silberimprägnation außerordentlich überlegen. Auch vereinzelte Spirochäten lassen sich leicht nachweisen. Eine Verwechselung mit anderweitigen Gewebsbestandteilen ist ausgeschlossen. Eine Spirochäte als Syphilisspirochäte zu diagnostizieren, ist natürlich nicht in jedem Falle möglich. Aber unter Berücksichtigung aller sonstigen bisher bekannten Tatsachen darf man Spirochäten, die sich in der Rinde von Paralytikern finden und den Typus der Luesspirochäte zeigen, als Spirochaetae pallidae ansehen. Zur endgültigen Entscheidung dieser Frage muß man allerdings noch das Tierexperiment heranziehen.

Bonhoeffer-Berlin: Ich möchte nur eine kurze Bemerkung zur Berechtigung der Technik des Vorgehens machen. Während ich zur Sicherung der Diagnose der progressiven Paralyse die Vornahme der Hirnpunktion im allgemeinen für unzulässig halte, weil in der Hand des Sachverständigen die übrigen Hilfsmittel der Diagnostik hierzu ausreichend sind, liegt hier die Frage doch anders. Nachdem Herr *Tomaczewski* uns darüber belehrt

hatte, daß Spirochäten, die sich dem Nachweise entziehen, dadurch als tatsächlich vorhanden erwiesen werden können, daß das verdächtige Gewebe auf Kaninchenhoden überimpft wird, lag die Möglichkeit vor, auch für den einzelnen Paralytiker den Nachweis zu versuchen, ob er noch lebende Spirochäten im Hirn beherbergt. Da dieser Nachweis ohne Zweifel von einer erheblichen therapeutischen Bedeutung sein kann, so trugen wir keine Bedenken, den Angehörigen den Vorschlag zu machen, die Hirnpunktion zu gestatten. Daß sich bei der gleichzeitig mit der Impfung vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung des Materials gleich in den ersten Fällen lebende Spirochäten nachweisen ließen, ist eine bemerkenswerte, wenn auch zunächst die Paralyse nicht klarer machende Bereicherung unseres Wissens, die wir Herrn *Forster* und *Tomaczewski* verdanken.

H. Marcuse-Lichtenberg: Psychische Erregung und Hemmung vom Standpunkt der *Jodl*schen Psychologie.

M. erörtert zunächst die Grundlagen seiner „energetischen Theorie der Psychosen“, in der er *Jodl*s Psychologie in vereinfachter Form auf die Pathologie zu übertragen versucht. Er unterscheidet primäres und sekundäres psychisches Geschehen, wobei *Jodl*s reproduziertes und reflexives Geschehen in der sekundären Stufe zusammengefaßt wird. Die sekundäre Funktion ist „transformierte“ psychische Energie. Wesentlich für die klinische Auffassung ist nicht der Inhalt der psychischen Reaktionen, sondern die Art der Bewußtseinstätigkeit, d. h. es kommt nicht darauf an, ob im Einzelfall Halluzinationen oder krankhafte Affekte oder Willenshandlungen auftreten, sondern es muß unterschieden werden, ob die krankhaften psychischen Akte von der primären oder sekundären Stufe ihren Ausgang nehmen. Die ersten werden als katatonisch den psychogenen oder hysterischen gegenübergestellt. Die katatonischen Erregungsymptome werden in elementare und reproduzierte unterschieden, je nachdem sie wenige oder zahlreiche sekundäre Elemente, d. i. Vorstellungen, enthalten. Die Hemmungssymptome, in denen die Vorstellungen keine Rolle spielen können, sind immer katatonisch.

Die verschiedenen Formen des katatonischen Irreseins, dem nach dieser Auffassung die Dementia praecox, das manisch-depressive Irresein und die Paranoia zuzurechnen sind, haben nur eine gemeinsame Ursache. Die Verschiedenheiten der Symptomatologie sind auf Verschiedenheiten der Konstitution und Konstellation zurückzuführen.

Die normale Konstitution zeichnet sich dadurch aus, daß sich primäres und sekundäres psychisches Geschehen gewissermaßen in dynamischem Gleichgewicht befinden. Die psychische Kraft kann sich in der einen oder der anderen Funktion überwiegend äußern, ebenso wie Empfinden oder Fühlen oder Streben, die primären Qualitäten, in den einzelnen



psychischen Akten abwechselnd überwiegen können. Die Abweichungen vom Normaltypus ergeben sich durch konstitutionelles Überwiegen der primären oder sekundären Funktion. Im ersten Fall haben wir den „imbezillen Habitus“, der als Hyponoia dem „hysterischen Habitus“ der Hypernoia, gegenübergestellt wird. Diese Typen unterscheiden sich nur graduell von der als gegensätzliche Bewußtseinszustände konstitutioneller Natur aufzufassenden Imbezillität und Hysterie. Überwiegt bei einem Schwachsinnigen die sekundäre Funktion, so kann es sich nur um eine „relative Hyperfunktion“ des Vorstellungslebens handeln. Im Vergleich zum Normaltypus sind die Vorstellungen hier ebenso wie die primäre Funktion zurückgeblieben. Diese Konstitution wird daher „relative Hysterie“ genannt. Ihr Gegenteil stellt die „relative Imbezillität“ dar, die sich durch gesteigerte primäre Funktion auszeichnet, mit der die Entwicklung der sekundären nicht Schritt gehalten hat. Dieser Typus ist nur selten Gegenstand der Psychiatrie.

Nicht nur die noch unbekannte Noxe der Katatonie ruft sehr verschiedene Krankheitsbilder infolge der verschiedenen Konstitutionen hervor. Auch bei den Alkoholpsychosen, den paralytischen und anderen organischen Krankheiten des Gehirns läßt sich die verschiedene Wirkung desselben Reizes wenigstens bis zu einem gewissen Grade auf konstitutionelle Verschiedenheiten zurückführen.

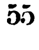
Die individuelle Färbung erhält das Krankheitsbild durch die Konstellation. Dieser Begriff wird weiter als gewöhnlich gefaßt und soll die Unterschiede von Alter, Geschlecht, Rasse, Beruf, kurz alles, was das Individuum erlebt hat, in sich schließen. Die Konstellation erschwert oft die Erkenntnis der Krankheitsform, für deren Diagnose die Konstitution von größter Bedeutung ist.

Diese Schwierigkeit zeigt vor allem die Betrachtung der Melancholie. Diese kann durch Vorstellungen entstehen, sie kann aber auch aus einer Schädigung der primären Funktion resultieren; sie kann hysterisch oder katatonisch sein.

Die „Hemmung“ des Melancholischen ist vom Standpunkt der energetischen Theorie eine Erregung. Gehemmt ist nur der Vorstellungsablauf, die psychische Energie ist durch den Affekt absorbiert, dessen Erleben Aktivität, Erregung der psychischen Kraft bedeutet. Die Richtigkeit dieser Überlegung geht aus der motorischen Unruhe und den Halluzinationen hervor, die den Affekt begleiten und anzeigen, daß auch die anderen Qualitäten der psychischen Kraft erregt sind.

Erregung und Hemmung sind gegensätzliche Zustände des Bewußtseins.

Der Hemmungsstupor der hysterischen Melancholie ist äußerlich durch die Muskelspannungen als Erregung charakterisiert. Der wirkliche Hemmungsstupor kann nur von der primären Stufe ausgehen. Er ist stets katatonisch und zeichnet sich durch die Resolution der Muskeln,





die Affektlosigkeit, das Fehlen der Sinnestäuschungen aus. Er stellt Herabsetzung der psychischen Energie dar.

Die katatonischen Geistestörungen führen schneller oder langsamer zum Defekt. Spätere Schübe des Krankheitsprozesses spielen sich daher auf einem anderen, tieferen Niveau ab als die ersten Anfälle. Sie stellen „Defekterregungen“ und „Defekthemmungen“ dar.

Das Verhalten der primären, nicht der sekundären, Funktion ist dafür maßgeblich, ob Erregung oder Hemmung, Defekterregung oder Defekthemmung als vorliegend anzusehen ist. Dies ist eine Konsequenz der von *Jodl* postulierten Abhängigkeit des sekundären von dem primären Geschehen.

Diskussion. — *Moeli*-Lichtenberg fragt an, weshalb das Streben der primären Stufe allein zugerechnet werde, da der Wille doch auch Vorstellungselemente enthalte, und bittet um nähere Erklärung über das Verhältnis zwischen Erregung und Hemmung, da gewisse Erregungen und Hemmungen verbunden sind.

Bernhardt-Dalldorf meint, es sei vielleicht diese Theorie der Schlüssel zu den verschiedenen Theorien der Alkoholwirkung, der Erregungstheorie der Praktiker und eines Teils der Psychologen und andererseits der Auffassung strenger Pharmakologen, die nur eine lähmende Wirkung des Alkohols anerkennen.

Falkenberg-Lichtenberg fragt, ob sich nicht als Konsequenz der vorgetragenen Theorie ergeben würde, daß, je weiter die Entwicklung des Individuums in ethischer und intellektueller Hinsicht fortschreite, seine Psyche um so ähnlicher der als hysterische Konstitution bezeichneten Variation werden müßte. Eine Steigerung der S-Funktionen, zu denen, wenn er den Vortr. recht verstanden habe, auch die höheren ethischen Vorstellungen und Strebungen sowie das abstrakte Denken zu rechnen seien, und das damit Hand in Hand gehende relative Zurücktreten der P-Funktionen müsse doch wohl als Zeichen einer höheren Kultur und als erstrebenswerte, bei normaler Entwicklung gerade für das gereifte, rüstige Alter charakteristische, höhere geistige Stufe betrachtet werden. Die Theorie nehme aber eine gleiche Änderung des Verhältnisses von S zu P (statt 1 : 1 etwa 2: 1) auch als charakteristisch für die hysterische Konstitution an. Es müsse doch wohl Bedenken erregen, wenn die Theorie in der schematischen Darstellung zu einer so erheblichen Annäherung zweier so grundverschiedener psychischer Zustände führen würde.

Marcuse (Schlußwort): Herr *Moeli* hat durchaus recht, wenn er meint, daß der Wille des Menschen bereits eine sekundäre psychische Funktion ist. Er enthält ebenso wie der normale Affekt und die normale Empfindung mehr oder weniger reproduzierte Elemente. Der Wille beruht aber auf den primären Trieben wie der Affekt auf dem Fühlen und die detaillierte Empfindung auf dem Empfinden der primären Stufe. Beim



entwickelten Menschen ist eine primäre Reaktion unmöglich, die primäre Funktion wird durch die sekundäre verdeckt, ist aber in ihr enthalten.

Die Menge der psychischen Energie, das Maximum der Leistung eines Zentralnervensystems ist durch seine Struktur bestimmt. Es kann auch im Affekt nicht darüber hinaus gesteigert werden, Die Wirksamkeit des Affekts auf das übrige psychische Geschehen stellt in der Tat eine Hemmung desselben dar, insofern der Affekt den größten Teil der potentiellen psychischen Kraft absorbiert. Das ist die Enge des Bewußtseins, sein „fokaler Charakter" (*Jodl*). Der durch einen Affekt charakterisierte Bewußtseinszustand stellt aber höchste Aktivität dar, Äußerung der psychischen Kraft, und ist daher ein Erregungszustand.

Das Verhältnis der primären zur sekundären Funktion ist im Leben des einzelnen nicht konstant. Den Normaltypus gibt es nicht, er ist nur ein Begriff, an dem man sich die Unterschiede klar machen kann. Beim Kind überwiegen normalerweise die primären Funktionen, während im höheren Alter die sekundären das Übergewicht erlangen. Jedes Alter hat also eigentlich seinen Normaltypus. Diese Unterschiede, die Herr *Falkenberg* stärker hervorheben will, fallen, weil sie physiologisch sind, unter den in der Theorie sehr weit gefaßten Begriff der Konstellation. Gerade die Geisteskrankheiten beweisen, daß hier wesentliche Unterschiede bestehen, indem sie sich in den verschiedenen Lebensaltern verschieden äußern.

Der Alkohol wirkt auf die primäre Funktion, und zwar erst erregend, dann lähmend. Da die sekundäre Funktion von der primären abhängig ist, wird sie in beiden Fällen geschädigt. Die Frage, die Herr *Bernhardt* angeregt hat, ist also von unserm Standpunkt aus im Sinne *Kraepelin*s zu entscheiden. Die Qualität der geistigen Leistungen sinkt bereits bei kleinen Mengen Alkohol, die zunächst eine Erregung der primären Funktion herbeiführen. Diese Erregung führt auf der höheren Stufe der psychischen Funktionen dazu, daß multa, nicht multum geleistet wird.

Kutzinski-Berlin demonstriert eine 23jähr. Pat., die bereits vor einem Jahre in der Klinik war. Die Vorgeschichte ist kurz folgende: Erbliche Belastung hat sich nicht nachweisen lassen. Kindheit o. B. Auf der Schule hat sie gut gelernt. Sie war zunächst Kindermädchen, dann Verkäuferin in einer Fleischerei. Auf der letzten Stelle war sie 9 Monate bis zur Erkrankung. Dort mußte sie sehr schwer arbeiten. Sie war von jeher ein ernster Mensch. Als Kind war sie eigensinnig, still für sich, zeigte wenig lebhafte Affektäußerungen. 1911 war sie im Krankenhause, weil sie wiederholt Erbrechen und Stiche im Rücken hatte. Sie befürchtete, lungenkrank zu sein. Diese Befürchtung ist bereits vor 11 Jahren im Anschluß an den Tod der Mutter aufgetreten; der Tod ihrer Eltern sei ihr so nahe gegangen, daß sie Selbstmordgedanken hatte.

In ihrer letzten Stelle hatte sie nach 3wöchiger Tätigkeit ver-

55*



sucht, 1 Mk. aus der Kasse zu entwenden. Da sie sehr tüchtig war, behielt sie die Herrschaft trotz der Verfehlung und war mit ihr bis zum Tage der Einlieferung zufrieden. Am 1. März 1912 hatte die Kollegin der Pat., mit der sie sehr befreundet war, ihre Stellung aufgegeben. Seitdem war Pat. noch stiller als sonst, hat aber noch bis zum letzten Tag gearbeitet. Am 9. März kam sie früh ins Geschäft, stützte sich auf den Tisch, reagierte nicht auf Ermahnung, bediente die Kunden nicht, nahm keine Nahrung zu sich. Sie ging in das Zimmer der Herrschaft, darauf legte sie sich, als sie zum Zubettgehen aufgefordert wurde, mit den Kleidern hin und sprach nicht, auch nicht auf Befragen.

Bei der Aufnahme am 9. III. sitzt sie mit gleichgültigem Gesichtsausdruck da, antwortet zunächst gar nicht, dann mit leiser Stimme und sehr langsam. „Sie sei hergekommen, weil es ihr im Kopf sitze." Sie findet es komisch, daß sie hier sei, es käme ihr alles wie im Traum vor. Ins Bett gebracht, stößt sie einzelne abgebrochene Äußerungen vor, wie „Feierabend, Geschäft muß geschlossen werden". Bricht dann mitten im Satze ab. Bereits nach einigen Tagen zeigt sie sich freier, spricht schneller, berichtet spontan, sie sei müde und möchte schlafen. Sie bleibt dann wieder regungslos vor ihrem Bette stehen, stockt mitten in der Arbeit, klagt über Kopfschmerzen in der linken Seite. Nach etwa 10 Tagen gibt sie bereits fließend Auskunft. Es erschien ihr alles traumhaft, es sei ihr gewesen, als ob sie keinen Willen gehabt hätte, sie hätte nur alles mechanisch getan, von selbst hätte sie keine Handlung ausführen können. Sie entsinnt sich ihrer anfänglichen spärlichen deliranten Äußerungen, wie „daß sie zeitweise im Geschäft zu sein glaubte"; diese Situationsverkennung sei aber nur für Momente aufgetreten. Sie entsinnt sich auch ihrer Erschwerung der Auffassung. Wenn sie einen Gegenstand ansah, so sah sie ihn bald deutlich, bald war er verschwunden. Sie konnte nicht hören. Wenn die Leute sich unterhielten, habe sie gespannt aufgepaßt, es sei ihr aber schwer geworden, den Zusammenhang zu begreifen. Sie habe sprechen wollen, aber es ging nicht. Es sei ihr alles so schwer gefallen. Sie habe zwar gearbeitet, aber es habe ihr jemand sagen müssen, was sie tun sollte. Angstzustände, Halluzinationen und Wahnvorstellungen bestanden nicht, ebensowenig eine depressive Stimmung. Nach 14 Tagen fühlte sich Pat. arbeitsfähig, klagte nur noch über Zittern im Kopf, Stiche im Rücken, sie äußerte wieder die Befürchtung, lungenkrank zu sein. Sie wurde am 22. April entlassen; über die Zwischenzeit gibt sie selbst an, daß sie anfangs noch befürchtete, wieder einen ähnlichen Zustand zu bekommen. Dann nahm sie eine Stellung an, die sie, wie sie sagt, „aus Dummheit" aufgab, denn sie war dort so ziemlich zufrieden. Ungefähr 4 Monate darauf will sie eines Morgens an sich denselben Zustand wie früher wahrgenommen haben. Sie konnte nicht hören, hatte ein Zittern am ganzen Körper. Auch auf dieser Stelle bekam sie ein gutes Zeugnis. Dann war sie in einer anstrengenderen Stelle tätig, wo sie sich schlimme

Füße holte, so daß sie nicht laufen konnte und entlassen wurde. Sie verklagte den Chef und erhielt recht. Sie war später bei ihrer Schwester bis zum 14. April, am 15. sollte sie eine neue Stelle antreten. Sie bekam am 13. vom Gerichtsvollzieher ein Schreiben, sie solle binnen 2 Tagen 3 Mk. einsenden. Dies erfuhr sie aber erst am darauffolgenden Sonntag, an dem sie zu der Schwester gekommen war. Die Schwester hatte zwar das Schreiben gelesen, aber den Zahlungstermin übersehen. Über diese Vorgänge hatte sich Pat. sehr aufgeregt. Dazu kam ein Theaterbesuch am Tag vor der Erkrankung. Das Stück hatte sie nicht interessiert. Am nächsten Tage fühlte sie sich krank, war wie besinnungslos und weiß sich dann nicht auf alle Vorgänge zu besinnen, die sich später abspielten. Sie glaubt, daß der Chef sie gefragt habe, ob sie schwerhörig sei, es wäre ihm heute schon ein paar Mal aufgefallen. Sie wußte nicht, was sie zuerst machen sollte, das soll den Chef geärgert haben. Als am Abend mehr zu tun war, habe sie überhaupt nicht mehr gewußt, was sie machte. Da habe sie wohl verschiedene Male Geld falsch herausgegeben. Zufällig habe der Chef neben ihr gestanden. Sie hatte zuviel herausgegeben, und das bekam sie von den Kunden zurück. Sie behielt das Geld in der Hand und bediente weiter. Sie wollte es dann in die Kasse mithineintun, sie hatte aber ein Zittern in den Händen, so daß das Geld auf die Erde fiel. Der Chef sagte, daß sie das Geld behalten wolle. Sie ging darauf ins Zimmer, schlug mit Händen und Füßen um sich und konnte von da an nicht mehr reden. Dann schrieb sie der Köchin auf, sie sollte einen Arzt holen. Sie entsinnt sich, wie sie zuerst nach der Unfallstation und dann nach der Charité kam. Sie beschreibt alle Einzelheiten ziemlich ausführlich. Bei ihrer Einlieferung am 24. April gibt sie auch auf Befragen keinerlei Auskunft, sitzt ruhig auf dem Stuhl. Es besteht keine Flexibilitas cerea. Auf Nadelstiche erfolgt prompte Reaktion. Aufforderungen werden nicht immer befolgt, wenn überhaupt, dann erst nach mehrfacher Wiederholung. Aus dem Bett gebracht, bleibt sie, nur mit dem Hemd bekleidet, am Bettrand stehen. Sie wäscht sich spontan, sucht auch von selbst die Toilette auf. Sie antwortet nur durch Nicken und Kopfschütteln. Ihr Gesichtsausdruck ist leer, zeigt wenig Mimik. Beim Besuch der Schwester verlangt sie Papier und schreibt ihr auf, sie wisse nicht, was sie gemacht habe. Nach 8 Tagen beschäftigt sie sich fleißig auf der Abteilung. Sie verständigt sich nur durch Gesten. Aufforderungen befolgt sie schneller als früher. Die täglich vorgenommene Faradisation war anfänglich erfolglos. Nach zweiwöchigem Aufenthalt gelingt es, sie mittelst Faradisation und Verbalsuggestion zum Aufsagen von Zahlen bis 19 zu bringen. Dann erfolgte eine schnelle Rückbildung bis auf die Reste der Sprachstörung, die jetzt noch bestehen. — Die körperliche Untersuchung ergab sowohl bei der ersten wie bei der zweiten Aufnahme keinen Befund, vor allem keine hysterischen Sensibilitätsstörungen, keine Gesichtsfeldeinengung. Die Pupillen waren stets auffällig weit.

Auch für die zweite Erkrankung bestand keine Amnesie. Sie sagt selbst, daß sie sich in den ersten Tagen ganz verwirrt gefühlt habe. Dabei keine deliranten Erlebnisse, keine Angstaffekte, es war nur alles so verschwommen. Sie glaubte, daß sie schon viel länger im Krankenhaus war, als es wirklich der Fall war. Sie weiß, daß sie von einem Schutzmann hineingebracht worden ist. Mit einem Male sei sie k l a r geworden, es war ihr plötzlich, als ob alles von ihren Augen fort war. Sie glaubt selbst, daß durch das Elektrisieren das Sprechen besser geworden ist. Im Anschluß an eine Erregung, die durch den Anfall einer Mitkranken hervorgerufen wurde, trat wieder eine Verschlimmerung der Sprachstörung ein. Bei der Rückbildung der Störung konnte sie zunächst Zahlen, dann leichte Worte, schließlich schwierigere sprechen. Das Schreiben sei ihr nie schwer gefallen. Ergänzend fügt sie noch an, daß neben dem Hören und Sehen auch der Geschmack schlecht war. Zeitweilig klagt sie über Parästhesien in den Händen und Ellenbogen und Steife in den Fingern. Auch jetzt gibt sie an, daß sie nicht recht gewußt habe, was sie tun solle: „Ich habe so gestanden, und dann fiel mir nicht ein, was ich tun sollte!" Sie hatte den Willen zu sprechen, aber sie bekam nichts heraus. Auch die Ausführung anderer Bewegungen fiel ihr in den freien Tagen schwer. Niemals hatte sie das Gefühl der Beeinflussung durch einen fremden Willen, niemals Verlust des Selbstbewußtseins, auch niemals Wahnvorstellungen.

Die Intelligenz ist gut, wie auch ihre mannigfachen schriftlichen Äußerungen zeigen. Auffassung zurzeit ungetrübt. Auch bei der Aufnahme hatte der Gesichtsausdruck nicht die Physiognomie der Benommenen. Durch Vorhalt des fraglichen Vergehens wurde eine deutliche Verschlechterung der Sprache ausgelöst.

Fassen wir noch einmal die wesentlichen Symptome zusammen, so finden wir, daß sich bei einem von jeher etwas sonderlichen Menschen ein mehrere Wochen dauernder Stuporzustand entwickelt hat, der durch verlangsamte Reaktion, Mutismus und angedeuteten Negativismus charakterisiert war. Delirante Symptome, Zeichen von schwerer Bewußtseinstrübung waren kaum vorhanden. Im Anschluß an eine vielleicht strafbare Handlung, trat ein dem ersten analoger Zustand auf. Ich kann es mir versagen, auf die Literatur bezüglich der diagnostischen Bewertung der Symptome einzugehen. Ich erinnere an die jüngsten Arbeiten hierüber von *Kuttner*, *Lückerath*, *Stern*, *Aschaffenburg*, die die Frage der Differentialdiagnose zwischen Hysterie bzw. degenerativer Psychose und Dementia praecox diskutieren.

Mir scheint, daß auch in dem hier demonstrierten Falle die Schwierigkeiten erheblich sind.

Geht man von der zweiten Erkrankung aus, und nimmt man, was noch nicht einwandfrei bewiesen ist, an, daß Pat. unmittelbar nach einer strafbaren Handlung, bei der sie durch ihren Chef überrascht wurde,

den stuporösen Symptomenkomplex bekam, könnte man zunächst an eine Situationspsychose, um den jüngsten Ausdruck zu gebrauchen, denken.

Für eine solche könnte zunächst sprechen, daß Pat. den Willen hatte, krank zu erscheinen, um einer Bestrafung zu entgehen.

Auch die Beeinflussung des Krankheitsprozesses durch die elektrische Behandlung scheint auf einen psychogenen Krankheitsprozeß hinzuweisen. Das Auftreten des Zustandes im Anschluß an einen Krampfanfall, über welchen sie selbst berichtet, sowie ihr sofort schriftlich geäußerter Wunsch nach dem Arzte legen diese Annahme nahe. Trotzdem bestehen, selbst wenn man nur die zweite Erkrankung berücksichtigt, Bedenken, einen psychogenen Zustand anzunehmen. Zunächst zeigt Pat. durchaus nicht das Bild einer hysterischen Persönlichkeit. Die körperlichen Stigmata, wie der Krampfanfall, Zittern des Kopfes und der Hände, haben keine differentialdiagnostische Bedeutung. Diese Stigmata treten ja auch bei katatonischen Prozessen auf.

Sodann fehlt die in fast allen Fällen beobachtete Amnesie für den krankhaften Zustand.

Der Gesichtsausdruck der Pat. war durchaus nicht benommen, verschlafen, er hatte nur etwas Leeres, Mimikarmes. Trotz des Milieuwechsels verschwand der Zustand nicht plötzlich, sondern ganz allmählich.

Die psychogene Entstehung, die Beeinflußbarkeit und das allmähliche Zurücktreten der Symptome lassen — wie aus *Aschaffenburgs* jüngsten Mitteilungen hervorgeht — eine katatonische Erkrankung nicht ausschließen.

Noch schwieriger gestaltet sich die Entscheidung, wenn man die erste Erkrankung mitberücksichtigt. Hier handelt es sich ja nicht um die Tendenz, der Strafe zu entgehen. Hier scheint vielmehr ein affektvolles Erlebnis, das Fortgehen der Freundin, den katatonischen Zustand ausgelöst zu haben. Es ist bekannt, daß reine Affekterlebnisse in seltenen Fällen solche Zustände hervorrufen. Meist handelt es sich ja um Straf- und Haftgefangene oder um Individuen, die von einem Trauma betroffen wurden. So hat z. B. *Stern* in 50 Fällen nur zweimal eine nicht-kriminelle Ursache festgestellt.

In unserem Falle bestanden sowohl bei der ersten, wie bei der zweiten Erkrankung Prodromalsymptome. Es wird uns berichtet, daß Pat. 8 Tage vorher schon verändert erschien. Sie berichtet selbst von Kopfschmerzen und erschwerter Arbeitsfähigkeit. Auch bei der zweiten Erkrankung will sie, bereits am Tage vor dem Überraschtwerden durch den Chef, im Theater Schwindelgefühl gehabt haben. Überdies war das Intervall zwischen den beiden Attacken durchaus nicht frei von Symptomen. Sie hatte vorübergehend eine Erschwerung der Apperzeption, fortwährende Befürchtungen, der Zustand könnte wiederkommen, und hypochondrische Vor-



stellungen, daß sie lungenkrank sei. Gerade das letztere Moment muß uns besonders stutzig machen.

Auffällig ist weiter, daß sowohl für den ersten, als auch für den zweiten akuten Zustand keine Amnesie besteht. Die Erinnerung ist für alle wichtigen, auch für viele unbedeutende Einzelheiten erhalten. Beachtung verdient auch das Fehlen jeder theatralische Pose und der *Ganser*schen Symptome. Besonders bedeutungsvoll erscheinen mir aber die Bemerkungen, die die Willensvorgänge der Kranken betreffen. So spricht sie davon, daß sie nichts von selbst tun könne, daß sie alles wie mechanisch mache, daß sie keinen Willen mehr habe. Wenn wir — trotz dieser letzteren Bemerkungen, die den von Katatonikern geäußerten ähnlich sind, nicht eine Dementia-praecox annehmen, so geschieht es aus der Erwägung, daß doch ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen Angaben und denen Dementia-praecox-Kranker besteht.

Die Dementia-praecox-Kranken fühlen nicht nur die Veränderung ihrer Spontaneität und ihrer sonstigen psychischen Funktionen, sondern sie kommen auch zu falschen Kausalitätsbeziehungen, d. h. zu Erklärungsvorstellungen. Sie fühlen, daß ihr Denken und Handeln verändert ist, und führen das auf einen fremden Willen zurück. Bei unserer Kranken ist es dagegen, trotzdem der Zustand schon ein Jahr besteht, niemals zu Beeinflussungsvorstellungen des Willens gekommen. Pat. stellt nur richtige kausale Beziehungen her, wenn sie die Erschwerung der Sinnes- und Willensfunktionen als Äußerung ihres krankhaften Zustandes auffaßt; diese richtige Beurteilung ist wohl auch gegen die Annahme einer Katatonie zu verwerten. Doch wird man es auch hier wegen der erst einjährigen Dauer des Zustandes nur mit Vorsicht aussprechen, daß es sich um Stuporzustände bei einer Degenerierten handelt. *Aschaffenburg* gegenüber möchte ich allerdings hervorheben, daß mit der Annahme einer leichten affektiven Demenz für die Diagnose katatoner Blödsinn wenig gewonnen ist. Denn gerade unsere Kranke zeigt, daß auch bei degenerativen Individuen scheinbare Torpidität besteht, die geeignet ist, eine affektive Demenz vorzutäuschen.

Seelert-Berlin demonstriert eine Patientin mit paranoidem Krankheitsbild im Präsenium. Es ist eine 57jähr. Frau, die nach Schilderung ihrer Angehörigen von Jugend an Eigenarten des Affektlebens gezeigt hat. Sie hatte ein auffallend lebhaftes Wesen, sehr lautes Benehmen, sprach viel, als junges Mädchen war sie sehr vergnügt, lebenslustig, hatte eine Zeitlang die Absicht, zur Bühne zu gehen. In späteren Jahren wurde sie zänkisch, unverträglich, neigte zu zornmütiger Reizbarkeit. Soll von jeher mißtrauisch gewesen sein. Ein Bruder soll durch Suizid gestorben sein. Pat. lebt seit 13 Jahren vom Mann getrennt, hat seit 11 Jahren jeden Verkehr mit Verwandten abgebrochen. Seit 8 Jahren wohnt sie allein.



Vor etwa 7 Jahren begann sie in krankhafter Weise Beeinträchtigungsvorstellungen gegen die Umgebung zu äußern. Ihre Tochter könne hypnotisieren und hexen, habe sie vergiften wollen. Ihr Mißtrauen steigerte sich weiter, sie nahm von der Tochter kein Essen mehr an, kochte sich selbst. Sie wechselte oft ihre Wohnung. Vor 2 Jahren, als die Tochter sie besuchte, sehr mißtrauisch, ging rückwärts, um der Tochter nicht den Rücken zuzuwenden, forderte die Tochter auf, leise zu sprechen, damit die Hausbewohner es nicht hörten.

Bis zur Aufnahme in Klinik hat Pat. ihren Lebensunterhalt selbst verdient durch Nähen und Austragen von Backwaren.

Mai 1912 akute Steigerung, die Aufnahme in psychiatrische Klinik der Charité zur Folge hatte. Zahlreiche Gehörshalluzinationen, Bedrohungen, Beschimpfungen, kritisierende Phoneme in Verbindung mit motorischem Verhalten: Du schlechtes Tier. Du Hurenstück. Kommt mal schnell sehen, so wäscht das Aasstück. Jetzt schluckt sie. Wir stehlen ihr was, die hat so schöne Betten. Die hat auch Geld.

Adäquate Reaktionsweise auf Halluzinationen. Pat. beschwerte sich beim Hausverwalter, suchte Schutz bei Polizei, suchte neue Wohnung zu mieten.

Sie hatte Anfälle von Luftmangel, Herzklopfen mit Angstgefühlen, taumelte plötzlich, mußte sich halten, um nicht zu fallen, hatte Empfindung von Dunst, von schwefligem Geruch im Zimmer. Auch in der Klinik viele Halluzinationen, später Klagen über körperliche Mißempfindungen, die als Folge von Belästigungen durch Personen der Umgebung gedeutet wurden. Sie werde mit Pulver bestreut, Schmerzen im Leib und Brennen auf der Haut würden ihr erzeugt, in die Geschlechtsteile würden Kapseln hineingesteckt. Wurde bald unzufrieden mit Aufenthalt in Klinik, drängt dauernd energisch auf Entlassung. Fühlt sich stets gegen andere zurückgesetzt. Die Pflegerin gebe ihr stets zuletzt das Essen, die Butter auf dem Brot ist nicht glatt gestrichen, sieht ihr aus, als ob sie mit den Fingern heraufgetan wäre, die Stulle der Nachbarin sieht stets besser aus. Das Badewasser ist mal zu warm, mal zu kalt. Sie müsse immer schneller baden als die anderen, bekomme stets die schlechteste Wäsche. Abends würden Sachen auf den Fußboden gelegt, die aussähen, wie ein Hund, um sie zu ängstigen. Ein Hautausschlag auf dem Kopf wird als Folge äußerer Einwirkung gedeutet. In Verbindung mit den Beeinträchtigungsvorstellungen zahlreiche Gehörshalluzinationen.

Sie werde hier körperlich zugrunde gerichtet, werde immer schwächer. Die Gedanken würden ihr verstellt, daß sie sich manchmal für einen Moment nicht besinnen könne, auch die Sprache werde ihr verstellt, das Sprechen mache ihr Mühe, sie spreche jetzt so, als ob sie einen Kloß im Munde hätte. Alles geschehe, um sie zu quälen, um sie langsam zugrunde zu richten. Systematisierende Verknüpfung der Wahnvorstel-



lungen ist vorhanden, aber wenig entwickelt. Die Leute wollen ihre Sachen, ihr Geld haben, die Stadtverwaltung habe wohl Interesse daran, daß sie bald stirbt, weil sie Rente bekommt, der Stadt Geld kostet. Ihre Tochter sei verbannt, Ärzte stehen in geschlechtlichem Verkehr mit ihrer Tochter. Damit sie es nicht an die große Glocke bringe, werde sie nicht aus der Klinik entlassen. Die Ärzte benutzen sie hier zu ärztlichen Versuchen, um an ihr zu studieren. Bald steht mehr die eine, bald die andere dieser Wahnvorstellungen im Vordergrunde. Körperliche pathologische Veränderungen nicht nachweisbar. Wa.R. im Blute negativ.

Die Dauer der Erkrankung beträgt jetzt etwa 7 Jahre. Von einer Verblödung, von affektiven Defektsymptomen ist bei der Kranken nichts festzustellen. Die Einheitlichkeit zwischen Vorstellunsginhalt, Affektreaktion und Handlungen ist erhalten geblieben. Psychomotorische Symptome kamen nie zur Beobachtung. Assoziative Störungen sind nicht nachweisbar. Nachweisbar ist eine leichte Merkschwäche.

Die Klagen über körperliche Mißempfindungen sind als Mißdeutungen realer Erlebnisse aufzufassen. Zum Teil handelt es sich dabei wahrscheinlich um leichte arteriosklerotische Störungen. Die Klagen über Empfindungen von Dunst, über Verstellen der Gedanken beziehen sich vermutlich auf ganz leichte arteriosklerotische Schwächeanfälle. Für das Vorhandensein einer zerebralen Arteriosklerose sprechen die Anfälle mit Schwindelgefühl und die Merkschwäche. Auch die Klagen über Herzbeklemmungen weisen auf Arteriosklerose hin.

Die Schwierigkeiten bei der klinischen Abgrenzung derartiger Psychosen gehen nach zwei Seiten. Es ist die Frage, wieweit lassen sie sich von den paranoiden Formen der Schizophrenie abgrenzen; sind sie vielleicht nur eine besondere Verlaufsform derselben, oder sind beide wesensverschiedene Krankheiten. Eine Komplikation besteht darin, daß bei diesen älteren Leuten, um die es sich ja stets handelt, fast regelmäßig Anzeichen für einen arteriosklerotischen Prozeß nachweisbar sind. Die nosologische Beurteilung der paranoischen Symptome ist dadurch deshalb erschwert, weil paranoische Züge und paranoische Zustandsbilder bei arteriosklerotischen Hirnerkrankungen nicht selten sind. Im einzelnen Fall bleibt die Frage, ob es sich um einen selbständigen, wahnbildenden Prozeß handelt, zu dem arteriosklerotische Erscheinungen hinzugekommen sind, oder ob Wahnbildung und Arteriosklerose in engerer Beziehung zueinander stehen.

Bei dieser Kranken finden sich trotz jahrelangem Verlauf der wahnbildenden Krankheit keine Symptome, die hier die Diagnose einer paranoiden Demenz rechtfertigen könnten. Arteriosklerotische Erscheinungen sind nachweisbar. Es handelt sich wohl um eine paranoide Erkrankung eigener Art. Die arteriosklerotischen Symptome werden von der Kranken in wahnhafter Weise mißdeutet. Die seit Jugend an bestehende abnorme



affektive Veranlagung kann die Annahme eines von der paranoiden Demenz wesensverschiedenen Krankheitsprozesses bestärken [1]).

H. Laehr.

---

[1]) Im Bericht über die vorige Sitzung (8. März 1913) ist S. 643 in der Diskussion über den Vortrag *Seelerts*: „Ein Fall chronischer Manganvergiftung" versehentlich das Schlußwort ausgefallen, in dem *Seelert* die Fragen *Schusters* folgendermaßen beantwortet: „Die elektrische Reaktion der Muskeln und Nerven ist normal. Therapeutisch wird Mangan in Kombination mit Eisen als blutbildendes Mittel angewandt; daß es zu anderen therapeutischen Zwecken Verwendung gefunden hat, ist dem Vortr. nicht bekannt."

Im Vortrag selbst ist S. 642, Z. 17 zu lesen: „eine eigenartige Armhaltung mit Heben und A b d u k t i o n der Oberarme", und S. 642, Z. 11 von unten: „Eine Differenz in der Farbe der temporalen Papillenh ä l f t e n liegt nach Ansicht der Augenklinik innerhalb des Physiologischen."

Kleinere Mitteilungen.

N e k r o l o g *Tiling*. — Am 21. Juli 1913 ist in Riga Dr. *Th. Tiling*, Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Rotenberg, gestorben. Den Manen des ausgezeichneten Menschen und hervorragenden Irrenarztes sei die nachfolgende kurze Lebensskizze gewidmet.

Theodor Tiling wurde am 9. Juni 1842 in Nitau in Livland als Sohn eines evangelischen Predigers geboren. Der Vater wurde 1845 nach Riga berufen, und hier in der baltischen Hauptstadt erhielt *Tiling* seine Gymnasialbildung. 1862 bezog er die Universität Dorpat, um Medizin zu studieren. Glückliche Studentenjahre voll aufschäumender Jugendlust sind hier an ihm vorübergezogen. Viele enge Freundschaftsbeziehungen wurden geknüpft und blieben ihm, der Freundschaft in seltener Weise zu hegen und zu pflegen verstand, für das Leben erhalten. 1867 beendete *Tiling* seine Studien, 1868 trat er als Volontärarzt in die Privatirrenanstalt Rotenberg bei Riga ein und wurde durch *G. Brutzer* in die Psychiatrie eingeführt. Hier entstand auch seine Dissertation über die progressive Paralyse, auf Grund derer er 1869 in Dorpat zum Dr. med. promoviert wurde. In demselben Jahr fand seine Tüchtigkeit und sein ernstes Streben Anerkennung, indem er zum zweiten Arzt in Rotenberg ernannt wurde. Für das Wintersemester 1870/71 war *Tiling* beurlaubt und ging zu weiteren Studien nach Wien. Hier fesselte ihn besonders der geniale *Meynert*. Unter Leitung des geistvollen Lehrers erwarb sich *Tiling* gründliche Kenntnisse über den Bau des Zentralorgans und behielt für längere Zeit die Vorliebe für anatomische und path.-anatomische Untersuchungen.

Die kleine Privatanstalt Rotenberg bot *Tiling* keine völlig befriedigende Arbeitsstätte, er suchte ein größeres Wirkungsfeld. Ein solches fand er in Petersburg, wo er im Herbst 1871 als Abteilungsarzt an der großen städtischen Irrenanstalt „St. Nikolai des Wundertäters" angestellt wurde. In Petersburg fand *Tiling* freundschaftlichen Anschluß an einen Kreis hervorragender deutscher Ärzte und Gelehrter. In dem bewegten, vielseitigen Leben der Metropole weitete sich sein Blick, und er gewann jene vorurteilslose Beurteilung von Menschen und Verhältnissen, die an ihm stets besonders geschätzt wurde. Als Konsiliarius für



Nerven- und Geisteskrankheiten war er bald viel beschäftigt und in weiten Kreisen gesucht. In jene Zeit frischen, vielseitigen Wirkens fiel auch seine Verehelichung, die ihm ein bis zu seinem Tode ungetrübtes häusliches Glück erschloß.

Tilings erfolgreichste Tätigkeit sollte sich indessen in Riga abspielen. Als 1883 Dr. *Brutzer*, der verdiente Begründer der inzwischen vergrößerten und in städtischen Besitz übergegangenen Anstalt Rotenberg, gestorben war, wurde *Tiling* zu seinem Nachfolger gewählt. Er zog gern mit seiner Familie in die baltische Heimat zurück, wo sich die alten Freunde aus der Jugend seines Kommens freuten. Am 1. Januar 1884 übernahm er die Leitung der Anstalt. Unvergeßlich wird allen Zeugen jener Zeit die Freudigkeit bleiben, mit welcher *Tiling* an den weiteren Ausbau der Anstalt und die Förderung der Arbeitstherapie ging. Er erreichte es auch bald, daß die städtische Verwaltung die Mittel für den Bau eines neuen Verwaltungs- und Küchengebäudes, für zwei große Krankenpavillons und für eine neue Wasserversorgung und Ableitung bewilligte. Auch in den weiteren 30 Jahren hat *Tiling* mancherlei Neu- und Umbauten, die elektrische Beleuchtung und andere technische Verbesserungen für die Anstalt erreicht; die Zahl der Plätze wuchs von 184 auf 420. Auch der Grundbesitz der Anstalt wuchs durch Ankäufe, doch konnte bei ihrer von vorstädtischen Besitzungen umklammerten Lage eine dem Bedürfnis völlig entsprechende Vergrößerung des Geländes nicht erreicht werden. Pläne für die Erbauung einer zweiten großen städtischen Irrenanstalt mußten daher aufgenommen werden, sie beschäftigte *Tiling* in seinen letzten Jahren. Der bedeutende Ruf, den *Tiling* als praktischer Irrenarzt besaß, führte den Pensionärabteilungen der Anstalt Patienten aus allen drei Ostseeprovinzen, aber auch aus Petersburg und anderen entfernten Städten des Reichs zu. Durch Beratung von Privatpatienten war er viel beschäftigt. Von 1887—1890 war er als Stadtverordneter tätig, 1890—1892 führte er den Vorsitz im deutschen ärztlichen Verein Rigas, der Gesellschaft praktischer Ärzte.

Neben der ärztlichen und administrativen Tätigkeit war *Tiling* andauernd mit wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt. Der frühe Morgen fand ihn am Studiertisch; wenn er zur Morgenkonferenz unter seinen Ärzten erschien, lag meist schon ein gutes Stück Arbeit hinter ihm. *Tilings* wissenschaftliche Tätigkeit bewegte sich auf zahlreichen Gebieten der Psychiatrie (vgl. den Anhang). Seine ersten wissenschaftlichen Veröffentlichungen betrafen Hirnerkrankungen mit anatomischem Befund. Dann wandte sich schon in Petersburg sein Interesse den Psychosen im engeren Sinne, ihrer Klinik und Klassifikation zu. Er schrieb über Dysthymie, Manie, über Klassifikation der Geisteskrankheiten. In Riga beschäftigten ihn bald die damals noch wenig gekannten polyneuritischen Psychosen, besonders die *Korsakow*-Psychose der Trinker. Mit seinen Arbeiten über moralisches Irresein betrat *Tiling* ein Gebiet, auf dem sich



dann jahrelang seine Studien mit besonderer Vorliebe bewegten: die Analyse der persönlichen Anlage, des individuellen Charakters und der Übergang der gesunden in die krankhafte psychische Tätigkeit. Die weitere Arbeit führte ihn hier zu seiner in mehrfachen Veröffentlichungen vertretenen Anschauung, daß für den Ausbruch wie für die Weiterentwickelung der Psychosen die „psychischen Grundqualitäten" des Individuums das wichtigste sind, und daß „eine disproportionale Anlage der Gemüts- und Geisteskräfte die Hauptursache der Psychosen bilde". In einer letzten psychiatrischen Arbeit suchte er die Lehre vom Ober- und Unterbewußtsein bei einer Teilung der Schwachsinnigen in eine produktive und eine sterile Gruppe erklärend zu verwerten.

Tiling arbeitete und schrieb schnell. Weniger aus der Verfolgung langwieriger minutiöser Untersuchungsreihen ergaben sich ihm seine Schlüsse, mehr durch Ausgestaltung schnell auftauchender Konzeptionen bei der Krankenbeobachtung, die nun durch Heranziehung früherer Analysen von Gesunden und Kranken und durch Verwertung von reichen Kenntnissen aus der schönen und biographischen Literatur geistreich gestützt wurden.

Unbedingte Offenheit und Wahrhaftigkeit, Schlichtheit bei reichem Wissen, Festigkeit und Stärke des Willens waren ihm eigen. Er war furchtlos und treu, stets aufrecht, für seine Freunde und die gute Sache stets hilfs- und kampfbereit. Dabei ein feiner Gesellschafter, in der Muße erfüllt von jener goldenen kindlichen Fröhlichkeit, welche die wahrhaft Guten durch das ganze Leben begleitet. Gesunden und Kranken wurde er durch sein gerades Wesen, seine wohlwollende Teilnahme, seinem zielsicheren Willen ein beliebter Berater und Führer.

Das Charakterbild *Tilings* wäre unvollständig, wenn wir nicht seiner Heimatliebe auch hier wenigstens kurz gedächten. Das Schicksal des baltischen Deutschtums lag ihm ständig auf dem Herzen, bestimmte ihm Freude und Leid. In den Zeiten der politischen Umgestaltung, der Aufhebung der deutschen Institutionen beschäftigte ihn kurze Zeit der Gedanke, mit seiner Familie auszuwandern. Dann entschied er sich in seiner Stellung zu verbleiben und nur die Söhne nach Königsberg auf das Gymnasium zu senden. Durch die Trennung der Familie erwuchsen ihm viele Sorgen, aber auch neue und erwünschte Beziehungen zu reichsdeutschen Freunden und Fachgenossen. Während der Schrecken der baltischen Revolution stand er mannhaft auf seinem Posten. Die erregten und fanatisierten Revolutionäre wurden ihm Objekte psychologischer Betrachtung. Er hat darüber in einer späteren Abhandlung berichtet.

Seinen Assistenten war *Tiling* ein wohlwollender und anregender Chef, er verkehrte fast kameradschaftlich mit ihnen. Erhebende Anerkennung ist ihm besonders zur Feier seines 25jährigen Direktorjubiläums und an seinem 70. Geburtstag zuteil geworden.

Tilings Wirken war durch eine eiserne Gesundheit gestützt. Erst

als er sich im Winter 1905 und in der Folge noch einmal einer eingreifenden Operation unterwerfen mußte, wurde er schonungsbedürftiger. Das ursprüngliche Leiden schien überwunden, als sich 1913 öfters Fieberbewegungen einstellten. Im Juli trat starker Kräfteverfall ein, der am 21. Juli zum Ende führte. Die Sektion ergab ein Karzinom der linken Lungenspitze und ausgedehnte Metastasen in der Leber.

Allen, die *Tiling* näher gekannt haben, wird er unvergeßlich bleiben. Ehre seinem Andenken!

Tilings Schriften.

Beitrag zur Lehre von der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Diss. Dorpat 1869.

Ein Fall von partieller Sklerose des Gehirns. St. Petersb. Med. Zeitschr. 1872.

Zur Kasuistik der Kleinhirntumoren. Ebenda 1872.

Beitrag zur Diagnostik der Herderkrankungen in den Großhirnhemisphären. Ebenda 1873.

Kurze Übersicht der Sektionsergebnisse der Irrenheilanstalt St. Nikolai. Ebenda 1876.

Über die Klassifikation der Geisteskrankheiten. Psych. Zentralbl. Wien 1878.

Über Dysthymie und die offenen Kuranstalten. Jahrb. f. Psych. 1879.

Über die Manie. St. Petersb. Med. Woch. 1882.

Kommt Manie als selbständige Krankheitsform vor. Jahrb. f. Psych. 1883.

Die Fortschritte auf dem Gebiete der Irrenverpflegung. Riga 1885.

Die psychische Behandlung der Geisteskranken in den Anstalten. Riga 1887. (Im Bericht über Rotenberg.)

Über die bei alkohol. Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung. A. Z. f. Ps. 1890.

Über die amnestische Geistesstörung. A. Z. f. Ps. 1892.

Über angeborene moralische Degeneration oder Perversität des Charakters. A. Z. f. Ps. 1896.

Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Sammlung Alt-Hoche, Halle 1897.

Über die Entwicklung der Wahnideen und Halluzinationen aus dem normalen Geistesleben. Riga 1897 (Festschr. der Gesellsch. prakt. Ärzte).

Über den Charakter. Vortrag. Riga 1898.

Die Moral insanity beruht auf einem exzessiv sanguinischen Temperament. A. Z. f. Ps. 1900.

Über die klinischen Formen des Alkoholismus. St. Petersb. Med. Woch. 1901.



Zur Paranoiafrage. Psych.-neur. Wochenschr. 1902.
Zur Ätiologie der Geistesstörungen. Zentralbl. f. N. u. Ps. 1903.
Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Wiesbaden 1904.
Zu *Cl. Neißer*: Individualität und Psychose. Zentralbl. f. N. u. Ps. 1906.
Über den Schwachsinn. Ebenda 1910.
Dr. *G. Brutzer* (biogr. Skizze). Riga 1912. Festschrift der Anstalt Rotenberg.

A. Mercklin.

Personalnachrichten.

Dr. *Weiland*, Oberarzt in Weißenau, ist zum Direktor der Anstalt Zwiefalten ernannt.

Dr. *Anton Wickert*, Oberarzt in Saargemünd, ist aus dem Bezirksdienst ausgeschieden.

Dr. *Hans Joachim*, bisher in Stephansfeld, ist als Oberarzt nach Saargemünd versetzt.

Dr. *Rudolf Allers* in München hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Ernst Meyer*, Prof. in Königsberg, ist Geh. Medizinalrat,

Dr. *Rudolf Heinke*, Oberarzt in Ückermünde (Liepgarten), Sanitätsrat geworden.

Dr. *Art. Leppmann*, Geh. Med.-R. in Berlin, hat den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *Theodor Tiling*, Staatsrat, Direktor der städtischen Anstalt Rotenburg in Riga, ist am 21. (8) Juli im 72. Lebensjahr gestorben.



Zur Differentialdiagnose zwischen Hebephrenie und Hysterie[1]).

Von

Fritz Kreuser-Winnental.

Wenn wir die Reihen der psychisch Kranken durchgehen oder uns auf einer neuen Krankenabteilung umsehen, so fallen uns einige Patienten sofort durch ihre eigenartige Stellung zum Arzte auf. Der Größenideen produzierende Paralytiker ist voll Freundlichkeit und Herablassung, der Manische flicht rasch die Person des Arztes in seine ideenflüchtige Rede, der Paranoiker überhäuft ihn mit Vorwürfen und Schimpfreden, der Hebephrene bleibt durch sein Erscheinen unberührt, lacht höchstens schrill auf und versinkt dann wieder in seine geistige Wirrnis; aber eine Klasse bleibt, die sich teils im Hintergrund hält mit einer äußeren Auffälligkeit, teils auffallend ruhig zu sein scheint, sich aber etwas vorne hinstellt, um ja nicht vergessen zu werden. Wird der betreffende Patient vergessen, so ist er gekränkt, ja, er sucht vielleicht noch rasch eine Szene zu provozieren, um sich bemerkbar zu machen. Und nicht nur der geschulte Arzt, sondern auch das Pflegepersonal sagt mit wichtiger Betonung: „Ja, der oder die ist schwer hysterisch.“ Der Laie sagt es in der bestimmten Meinung, einen übertreibenden oder eingebildeten Kranken vor sich zu haben, der Arzt denkt sich irgend einen schwer definierbaren Begriff unter der Hysterie. Keinem von beiden ist es aber entgangen, daß solche Kranke in der Behandlung besondere Schwierigkeiten bereiten, daß sie manchmal auf rein äußere Einflüsse oft geringfügiger Natur hin schlechter, bzw. besser in ihrem Befinden geworden sind. Daß tatsächlich solche Kranke, bzw. die Form ihrer Erkrankung von jeher das ärztliche und wissenschaftliche Interesse besonders in Anspruch

[1]) Aus der Kgl. Heilanstalt Winnental (Dir. Med.-Rat Dr. *Heinrich Kreuser*).



genommen haben, zeigt sich aus der großen Anzahl von Büchern und Schriften, die über die Hysterie geschrieben worden sind. Die hysterische psychopathische Konstitution, das hysterische Irresein, die eigentlich nur Erscheinungsformen der Krankheit Hysterie darstellen, die ja ebenso gut als schwere körperliche Erkrankung auftreten kann, sind heute der Tummelplatz zahlreicher Forscher. Doch Hysterisch-psychotische sind auch die Freude des Arztes, sieht er doch bei ihnen am ehesten unter seinen unglücklichen Geisteskranken, wie seine Person zu wirken vermag, wie er durch ärztliche Kunst und richtiges Verständnis, das er den Kranken entgegenbringt, ihnen Erleichterung und Hoffnungsfreudigkeit in ihrem schweren Leiden zu geben vermag, wie er sie oft nach seinem Gutdünken lenken kann, solange er nur den letzten Trumpf, das unbedingte Vertrauen seiner Kranken, nicht verspielt hat. Und dieses Interesse, das auch ich an meinen hysterisch Kranken gehabt habe, veranlaßte mich, näher auf ihre Krankheitsäußerungen einzugehen. Zu diesem Zweck habe ich mir eine Einzelaufgabe herausgewählt, die engeres psychiatrisches Interesse hat, nämlich die Beziehungen von Hysterie und Hebephrenie, die Fragen der Diagnose bzw. Differentialdiagnose, der Möglichkeit der Kombination beider und der Ausgänge.

Da ich nun bevorzuge, nur Krankengeschichten solcher Patienten zu nehmen, die ich selbst länger beobachtet habe, ist es mir leider nicht möglich gewesen, einen geeigneten Fall männlicher Hysterie zu beschreiben, sondern ich muß mich auf fünf besonders interessante Krankengeschichten weiblicher Patienten beschränken. Sie stammen aus der Kgl. Heilanstalt Winnental, die Kranken befanden sich bis zum Abschluß der Arbeit sämtlich in der Anstaltsbehandlung und ich hatte schon während meiner letzten Studiensemester Gelegenheit, die Kranken kennen zu lernen und mich mit dem Verlauf ihrer Psychosen zu befassen. Eine Ausnahme bildet die fünfte Kranke, die erst seit einem Vierteljahr in Winnental ist. Die außerordentlich verwickelte Verlaufsform solcher Psychosen hat mein erstes psychiatrisches Interesse gefangen genommen, und um mich über die sich anknüpfenden Fragen auszulassen, fand ich eine willkommene Stütze in *Nissl*s Aufsatz über „Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen", der in dieser Frage eine Art Markstein bildet. Mannigfache Anregung verdanke ich ferner Herrn Prof. Dr. *Gaupp*.

Bevor wir unserer Aufgabe nähertreten, bedarf es noch einer Definition der beiden Krankheitsbegriffe, von denen die eine, die Hebephrenie, sich wohl klarer verständlich machen läßt als die Hysterie.



Der Name und Begriff der Dementia praecox ist in der etzten Zeit auf sehr weite Gebiete ausgebreitet worden. *Kraepelin* elbst scheint nie so eifrig in dieser Ausdehnung gewesen zu sein, er eschränkt durch Abschnürung von paranoischen Formen, der Paraphrenie, neuerdings wieder, aber *Bleuler* u. a. fassen den Begriff der Dementia praecox sehr weit. Ich ziehe die Grenzen der Hebephrenie etwa in dem Sinne, wie sie *Sommer* für den primären Schwachsinn und vor allem *Ziehen* für die Dementia hebephrenica zieht, nur mit der einen Bedingung, daß sie recht viel häufiger ist (das kann ich wenigstens für unsere Verhältnisse annehmen), als *Ziehen* das zuzugeben scheint. Berechtigt ist zweifellos die Dreiteilung in mehr einfach hebephrenische, katatonische und paranoide Formen, wenn auch der Idealfall eine Mischung darstellt, bei der einmal mehr das und das andere Mal mehr jenes Zustandsbild vorherrscht; denn der Wechsel selbst, das Auftreten von oft eigentümlich gegensätzlich erscheinenden Bildern, ist ja ein Charakteristikum der Krankheit. Einmal schwankt der scheinbare Affekt sehr leicht: Lachen und Weinen, läppisches Gebahren und unmotivierter, dem Beschauer komisch erscheinender Zorn mit impulsiven Handlungen wechseln, die motorischen Erscheinungen können von stärkster Spannung und Negativismus in Katalepsie mit Befehlsautomatie übergehen, die Wahnbildungen wechseln ebenfalls rasch und sind oft eigentümlich wenig affektbetont. Bei allen Fällen aber müssen zwei Erscheinungen als charakteristisch hervorgehoben werden, die das psychische Leben der Hebephrenen mit merkwürdiger Konstanz durchziehen, die Trennung zwischen Affekt und Intellekt und die psychische Koordinationsstörung. Jedenfalls ist es wunderbar bei der hochgradigen Feinheit unseres Gehirnaufbaus, daß eine Erkrankung, die doch mit größter Wahrscheinlichkeit eine Schädigung des Gehirns bedingt, auf psychischem Gebiet so konstante Änderungen hervorbringt, daß man beinahe sagen könnte, dieser Zerstörungsprozeß kommt auf psychischem Gebiet dem Veröden der Affekte gleich. *Jung*, der die Sache umgekehrt faßt, und meint, daß ein Komplex durch seine Wirkung Psychotoxin und dieses dann wieder Dementia praecox verursacht, steht mit dieser Auffassung allein, *Bleuler* schreibt dem Komplex nur inhaltgebende Wirkung auf die Äußerungen der Dementia-praecox-Kranken zu. Rein klinisch genommen hätten wir

eine Erkrankung vor uns, die in zweifellosem Zusammenhang mit der Vollendung des Wachstumsalters — ob mit der Pubertät in sexuellem Sinne, ist viel fraglicher — steht und deshalb vorwiegend im dritten Lebensjahrzehnt, manchmal, wie wir bei unserer Kranken II sehen werden, auch erst im vierten Lebensjahrzehnt zum Ausbruch kommt. Bei den klinischen Erscheinungen sollten wir die Dissoziierung des affektiven und intellektuellen Lebens nicht vermissen, d. h. also das Auftreten eines progressiven Affektzerfalls; doch ist hier auf das Nachdrücklichste vor der vorzeitigen Annahme „affektiver Verblödung" zu warnen, vor allem bei Kranken zu warnen, die in Stupor- oder motorischen Spannungszuständen liegen. Wenn diese Zustände auch am häufigsten im Lauf der Hebephrenie auftreten, so dürfen wir sie diagnostisch doch nicht überschätzen, wie auch *Bonhöffer*, *Meyer* und *Stransky* hervorheben, sondern erst ihre Lösung abwarten und dann schizophrenische Züge nachweisen. Die Störung des Affektlebens wird sich vor allem als Störung der Aufmerksamkeit und der Kombinationsfähigkeit zeigen, denn mit Mühe muß bei jeder neuen Frage und für jede neue Vorstellung ein hinreichender Affekt erweckt werden, um die Vorstellungsreihe zum Ziel zu führen; sonst zerfällt sie mangels der affektbetonten Zielvorstellung und gerät auf Abwege, die sich allerdings ganz nach dem persönlichen Faktor richten und beim einen in Heimweh, Lebensüberdruß, wenn noch bessere Gefühle vorhanden sind, beim anderen in Nahrungs- und sexuellen Wünschen, wenn nur noch der Trieb affektbetont ist, äußern werden. Der Verlauf ist ja bekannt: entweder langsam gleichmäßig zur Verblödung führend oder aber in Schüben mit ganz bedeutenden Remissionen. Wir werden bei unserer ersten Krankengeschichte sehen, daß eine solche Remission auftreten, von solcher Dauer sein und eine derartige Besserung des geistigen wie körperlichen Befindens herbeiführen kann, daß die Diagnose Hebephrenie vorher gar nicht gestellt wurde und die Kranke in der Remission wieder in Stellungen gegangen ist. So können wir eher begreifen, daß die Psychose scheinbar in späterem Lebensalter auftritt, denn oft kann man vermuten, daß die Erscheinungen nicht stürmisch, sondern sehr langsam einsetzen. In der Theorie sollte freilich verlangt werden, daß ein Hebephrenie-Kranker auch in der Remission vom Gesunden zu unterscheiden ist. Ich glaube tatsächlich, daß Einengung der geistigen Interessen-



phäre durch eine gewisse einseitige, oft auffallend emsig betriebene Tätigkeit gekennzeichnet und ein etwas schüchternes, in anderen Fällen auch fahriges Wesen oft in nur ganz feinen Andeutungen nachzuweisen ist. Schließlich weise ich auf ganz leicht verlaufende Fälle hin; sie werden seltener in unsere Behandlung kommen, da sie zu Hause behalten werden können, doch muß ich betonen, daß eine Unterscheidung vom Geisteszustand des Gesunden möglich sein muß, und daß es keine fließenden Übergänge nach der geistigen Gesundheit hin geben kann: Die Krankheit wird sich auch in leichteren Fällen als solche erweisen.

Wie schon betont, ist es erheblich schwieriger, sich die Hysterie zu einem klaren, einheitlichen Begriff zu machen, denn sowohl die Beobachtung am Kranken, wie auch die Literatur läßt uns zu keiner bestimmten Anschauung kommen. Die Festsetzung der klinischen Grenzen der Hysterie sowie ihre psychologische Erforschung und Erklärung ist zu den verschiedensten Ergebnissen gelangt. Viel Denkarbeit und Sammlermühe ist auf dieses Thema verwendet worden, ja, eine neue Forschungsrichtung, die psycho-analytische, baut sich im wesentlichen darauf auf.

Bevor wir die Entscheidung treffen, ob Psychogenie und Hysterie identisch sind, können wir einen Satz *Birnbaum*s obenan stellen, der wohl allgemeine Gültigkeit hat: „Die psychogenen Krankheitszustände entsprechen den affektiven Reaktionen der Normalen auf psychische Reize hin.“ Damit wäre die Affektivität als Grundlage psychogener Krankheitsformen festgelegt.

Warum findet der Hypochonder so leicht alle Vorstellungen zu einer eingebildeten Krankheit zusammen? Eben weil jeder damit im Zusammenhang stehende Gedanke für ihn erhöhte Gefühlsbetonung besitzt. „Sie entsprechen den affektiven Reaktionen des Gesunden“: den Gedanken, eine Lungentuberkulose zu haben, kann auch der gesundeste Mensch einmal haben, wenn er z. B. Auswurf hat, aber er vermag diese Vorstellung zu korrigieren und mit Überlegung sich Gegengründe klar zu machen; das vermag der psychogen Affizierte nicht; dadurch unterscheidet er sich prinzipiell vom Gesunden. Wir sehen daraus, daß es sich um eine eigenartige Erkrankung handelt, die weniger wie ein Defekt des Denkens aussieht, sondern eben eine andere Reaktionsweise, eine Arythmie der Affekte dar-



stellt. Daß da natürlich alle Übergänge und Variationen möglich sind, verrät die Tatsache von der unübersehbaren Mannigfaltigkeit des psychischen Lebens der Menschen.

Bonhöffer und *Birnbaum* befassen sich vor allem mit der Abgrenzung verschiedener psychogener Zustände. Wir müssen mit diesen Autoren das zweifellose Bestehen solcher außerhalb der Hysterie stehender psychogener Erkrankungen zugeben, die aber begreiflicherweise, wie das *Birnbaum* ganz besonders hervorhebt, enge Beziehungen zur Hysterie haben, vielleicht einen weiter gezogenen Kreis bedeuten. Denn den hysterischen Typus kennzeichnet ein bestimmtes Gefühl, das wir ihm gegenüber haben, und das *Bonhöffer* als Abspaltung der psychischen Komplexe unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gearteten Willensrichtung beschreibt und glaubt, daß das Durchschimmern dieser Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung das ist, was uns speziell als hysterisch imponiert. So sehr wir es meiden, von einem Krankseinwollen bei Hysterischen zu sprechen und damit die alte Ansicht von den eingebildeten Kranken aufzuwerfen, so sehr müssen wir den Worten *Bonhöffers* beipflichten, daß sich eine bestimmte Willensrichtung als Faden durch die Krankheitssymptome zieht, über die allerdings der Patient selbst gar nicht Herr zu sein scheint. Auf *Birnbaums* Schriften werden wir noch anläßlich unserer Kranken IV, wo der degenerative Faktor im psychogenen Krankheitsbild eine große Rolle spielt, einzugehen haben. *Kraepelin* spricht von der Hysterie als einer angeborenen Krankheit, die sich klinisch als hysterischer Charakter äußert. Die andauernde Wirksamkeit des Zustandes zeigt sich darin, daß jederzeit hysterische Symptome und hysterische Psychosen zur Auslösung gelangen können. *Kraepelin* erblickt das Spezifische der hysterischen Symptome und Symptomenkomplexe in dem Umstand, daß krankhafte Veränderungen des Körpers durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können. Bei *Strümpell* lesen wir: „Wir fassen die Hysterie als eine Erkrankung auf, die sich ausschließlich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirntätigkeit bezieht, also, wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, daß sich die Störung nicht auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern vorzugweise auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen.“ *Hellpach* sieht einen wesentlichen Zug der Hysterie in dem Mißverhältnis zwischen Affekt und Ausdrucksbewegung. Und bei *Jung* heißt es: „Geschieht diese Überwindung, „Verdrängung“ des Komplexes nur mit Hilfe von Kompromißbildungen, so bleibt eine dauernde Minderwertigkeit, die Hysterie.“

Wenden wir uns der klinischen Stellung der Hysterie zu.



Zunächst die Ätiologie: wir wollen daran festhalten, daß ätiologisch nur ein psychischer Reiz, ein psychisches Trauma im weitesten Sinne in Betracht kommt. Wo andere Ursachen: Alkoholismus, körperliche Krankheit usw. zugrunde zu liegen scheinen, da handelt es sich nur scheinbar um solche, die auslösende Rolle hat erst der psychische Effekt solcher äußerer Ursachen. Während die Mehrzahl der Autoren an dieser psychischen Ursache festhält, ist die Frage, ob vorher ein minderwertiges Gehirn da sein muß, allem nach nicht so entschieden. *Kraepelin* bejaht sie nach dem oben Gesagten, *Ziehen* nimmt sie (psychopathische Konstitution) als äußerst wahrscheinlich an, und *Birnbaum* hält sie auch für einen notwendigen Faktor (psychogene Disposition). Tatsächlich sollte man das auch annehmen, sonst müßte man zugeben, daß jeder Mensch hysterisch werden kann, wenn ihn nur erst der geeignete Schicksalsschlag trifft. Nun hat aber *Gaupp* neuerdings als Ergebnis seiner Untersuchungen „Über den Begriff der Hysterie" geschrieben: „Je mehr die hysterische Reaktionsweise der Ausdruck einer angeborenen Disharmonie ist, desto wahrscheinlicher wird die geistige Struktur auch andere Defekte aufweisen, die dem sogenannten hysterischen Charakter mehr oder weniger ähnlich sind, und desto mehr wird auch das Leben diese Charakterzüge verstärken, ja, vielleicht unausrottbar machen. Wo aber ein noch unfertiger Mensch hysterisch reagiert, wo ein ungewöhnlicher Affektsturm oder ein abnorm bitteres Lebensschicksal zur Flucht in die Krankheit führt, da werden wir oft keinen hysterischen Charakter zu erwarten haben." Wenn wir das festhalten und unsere Krankengeschichten damit vergleichen, so werden wir unserer Aufgabe, den Ausbruch einer Hysterie bei einer, das Ausbleiben derselben bei einer anderen vom gleichen Schicksal heimgesuchten Person zu erklären, am ehesten gerecht.

Der Verlauf ist ein außerordentlich mannigfaltiger, wir können uns darauf nicht einlassen, nur soll das eine betont werden, was *Bonhöffer* und andere auch hervorheben, daß die hysterischen körperlichen Stigmata fehlen können und trotzdem die Diagnose Hysterie ihre volle Berechtigung behält; wenn sie natürlich da sind, so bilden sie eine willkommene, manchmal überschätzte Stütze. Halluzinationen und anschließende Wahnbildungen werden in der Literatur immer wieder bestätigt; sie führen hinüber



zu dem interessanten Gebiet der degenerativen Wahnbildungen. Kann man ihre Herkunft aus affektbetonten Erlebnissen ableiten, so halte ich es für unbedingt richtig, sie als hysterische anzuerkennen, wofern sie nicht zu sehr den Typus der Halluzinationen bei einfachen Seelenstörungen bilden, deren Inhalt ja schließlich auch einmal durch einen Komplex festgelegt sein kann. Sie werden also im Unterschied von letzteren eine gewisse monotone Zähigkeit besitzen, in der sie lange und inhaltlich gleichförmig haften und einen mehr oder weniger grauenvollen Inhalt haben, gelegentlich wohl auch rasch und für immer verschwinden können.

Da wir die Hysterie als eine Störung rein funktioneller Art auffassen, als eine Abweichung aus dem seelischen Gleichgewicht, eine Reaktionsanomalie, so wird es verständlich sein, daß wir keine anatomischen Veränderungen zugrunde legen können und keine Zerstörungen des Zentralnervensystems oder, was dem entsprechen würde, psychische Defekte annehmen dürfen. Ist doch die Hysterie aus jedem Stadium heraus heilbar. Daß trotzdem die Hysterie meist eine außerordentliche Hartnäckigkeit, ja, direkt ungünstige Prognose bietet, hängt am meisten an dem degenerativen Boden, der die beste Gelegenheit zu derartigen Reaktionsanomalien abgibt und natürlich unverbesserlich ist. Mit dieser Erklärung hysterischer Erkrankungen in ihrer Entstehung, ihrem Verlauf und Ausgang hoffen wir alle Erscheinungen unserer nachfolgenden Krankengeschichten erklären zu können, in denen es sich ausnahmlos um hysterisch Erkrankte handelt.

Noch sei darauf hingewiseen, daß von manchen Autoren, vor allem *Jung*, eine große Verwandtschaft zwischen den beiden Psychosen Hebephrenie und Hysterie konstruiert worden ist, daß vor allem die häufige Symptomenähnlichkeit hervorgehoben wird; wir werden dem allen in den folgenden Krankengeschichten begegnen und später noch darüber zu urteilen haben; nur soviel sei jetzt gesagt: das Verwandte liegt darin, daß beidemal eine Störung der Affekte im psychischen Krankheitsbild hervortritt, die aber bei der einen Erkrankung, dem anatomischen Prozeß entsprechend, einen progressiven, das übrige psychische Leben vernichtenden, bei der Hysterie aber einen



lediglich arythmischen, die Intelligenz völlig intakt lassenden Charakter hat.

Wir wollen uns nun den Krankengeschichten zuwenden.

I. K. G., geboren Juli 1882, Eintritt April 1903.

Anamnese: Mutter Hysterie; in den Kinder- und Schuljahren aufgeweckt, keine Abnormitäten im Geistes- und Gemütsleben, vor 1 ½ Jahren Störungen der vorher normalen Menstruation: Auftreten von heftigen Krämpfen bei der in Intervallen von 6 bis 8 Wochen eintretenden Periode. Um die kritische Zeit auch psychisch abnormes Verhalten: Unverträglichkeit, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit bis zum Tobsuchtsanfall. Nach der Periode Wiederherstellung. Eine bestehende Retroflexio uteri wird mit Hodgepessar korrigiert: daraufhin weitgehende Besserung des körperlichen und geistigen Befindens, bis nach einigen Monaten wieder Krämpfe mit der Periode und immer mehr in den Vordergrund tretende gemütliche Verstimmungen eintreten. 14 Tage lang Krankenhausaufenthalt, dann wieder zu Hause. Später Entfernung des Hodgepessars, am selben Tage abends Tobsuchtsanfall mit Suizidtendenz: springt aus dem Fenster. Im Krankenhaus ist sie schwermütig, schlaflos, ißt nichts. Glaubt von ihren Angehörigen und Mitkranken verspottet und verhöhnt zu werden, ist daher mißtrauisch und unverträglich. Darauf Einlieferung in die Irrenanstalt, ohne daß die Diagnose „Psychose“ gestellt wurde.

In der Anstalt bestätigt sie im wesentlichen diese Angaben, fügt bei, sie sei nie besonders lustig gewesen, sie habe zu Hause sehr viel arbeiten müssen, ohne Anerkennung dafür zu finden. Habe viel an Kopfschmerz gelitten, schon längere Zeit schlafe sie schlechter, sie sei jetzt wirklich traurig, warum wisse sie selbst nicht. Sie sei müde, das Denken geht schwerer, sie fühlt sich krank. Bekommt infolge einer Kleinigkeit einen heftigen Aufregungszustand: schreit laut, wälzt sich auf dem Boden und gibt nachher Amnesie an.

Sie ist orientiert, kennt endlich — heißt es — den Arzt; ihr Interesse an der Umgebung scheint herabgesetzt. Schwerbesinnlichkeit, Gedächtnis im ganzen ungenau. Aus dem Nervenbefund geht hervor, daß Berührungs- und Schmerzempfindung herabgesetzt sind, ferner besteht Dermographie. Keine erkennbare Suggestibilität.

Im Laufe des nächsten Monats weitgehende Besserung, bis im Anschluß an eine psychische Alteration wieder eine sehr heftige, kurz dauernde Erregung erfolgt, die in eine Verstimmung mit kleineren Gewalttätigkeiten, Gereiztheit, schlechtem Schlaf und Kopfschmerzen ausläuft. Es folgt Wechsel von Erregung und ruhigen Zeiten. Schließlich stellt sich hin und wieder unmotivierte Heiterkeit ein, gelegentlich Auskunftsverweigerung. In einer guten Periode wird sie „gebessert“ beurlaubt.

IV. 1904. Wieder aufgenommen. Hatte vorher häufig den Dienst gewechselt, wurde schließlich wieder aufgeregt und verlangte selbst in



die Anstalt. Hier zunächst gleichmäßige, eher heitere Stimmung, aber schüchternes Wesen, spricht wenig. Gelegentlich Angstanfälle. Dann wieder starke Erregung: verhält sich indessen ruhig, solange der Arzt da ist. Nach einigen Monaten tritt solche Beruhigung ein, daß die sich meist in heiterer Stimmung befindliche Kranke mit Krankheitseinsicht als „genesen" entlassen werden kann.

Dritte Aufnahme: IV. 1905. Aus dem ärztlichen Zeugnis: leidet in der letzten Zeit wieder an „maniakalischen" Anfällen heftiger Art, bei welchen sie Drohungen, ihre Angehörigen zu töten, ergehen läßt. Dazwischen hinein bestehen Zustände von Melancholie. Körperlich wieder Beschwerden im Unterleib.

28. IV. Hat sich gleich anfangs darüber beschwert, daß sie auf die unruhige Wachabteilung komme. So schlimm sei es nicht mit ihr. Sie sei nur sehr leicht ermüdbar und traurig. Hat den Arzt gleich wiedererkannt, nimmt sich in seiner Anwesenheit zusammen. Hat aber gestern eine Wärterin gepackt und gekratzt. Keinerlei kataleptische und negativistische Symptome. Außer einer gewissen Langsamkeit und Schwerfälligkeit anscheinend intaktes Verstandesleben. Stimmung häufig rasch wechselnd.

V. 05. Schreibt einen ziemlich verwirrten, unverständlichen Brief an die Direktion, worin mancherlei erotische Stellen betreffs der Ärzte, die sie schon behandelt haben, stehen, auch Selbstmordideen, die sie aber wegen der Auferstehung nicht ausführen wolle. Gelegentlich heftigste Erregung: zerreißt Kleider in kleine Fetzen, schlägt an die Türen, schimpft und klagt. Am 28. plötzlich hochgradiger Angstzustand: steht heulend und zitternd am Fenster, sie sei von Geistern umringt, an der Wand sehe sie lauter schreckliche Gestalten.

VI. 05. Wieder zugänglicher und freundlicher. Mit verlegen-schlauem Lächeln bringt sie immer ihren Wunsch nach Versetzung auf eine bessere Abteilung vor. Bleibt ruhig und freundlich, schläft wieder ohne Schlafmittel.

VII. 05. Zeigt Größenideen, ist Freifräulein „von und zu", nichts ist ihr gut genug, zerreißt, wirft Sachen zum Fenster hinaus. Ist sehr anspruchsvoll und mag nichts arbeiten.

VIII. 05. Macht immer noch zahlreiche Ansprüche, zeitweise auch deprimiert.

IX. 05. Hat sich in letzter Zeit etwas besser gehalten und sich zeitweise etwas beschäftigt. Doch ist sie noch recht launisch und verkennt ganz ihre tatsächlichen Verhältnisse.

XI. 05. Körpergewichtszunahme, verhält sich relativ ordentlich, arbeitet, ist freundlich, rückt aber nicht recht heraus mit ihren Ideen.

XII. 05. Schlaflosigkeit, Angst, Unruhe.

1906. Von jetzt ab verhält sich die Kranke im ganzen durchaus geordnet, abgesehen von Verstimmungszuständen mit Unverträglichkeit, verminderter Arbeitslust und Mutazismus. An solchen Tagen bleibt sie



im Bett und deckt sich vollständig zu, spricht kein Wort. Im Dezember 06 wird sie wegen Unverträglichkeit und wüsten Schimpfereien von der ruhigen Abteilung auf die Wachabteilung verlegt.

XII. 06. In der Nacht unruhig; zeigt Größenideen, Zerstörungstrieb, ist ganz einsichtslos.

II. 07. Zeigte in letzter Zeit große Angst mit wirren Wahnideen, zeitweise stärkere Erregung mit Neigung zum Zerstören (Fensterscheiben, Wäsche). Hat Sinnestäuschungen, drängt fort.

VI. 07. Wieder auf einer ruhigen Abteilung, wo sie den ganzen Tag außer Bett ist und sich beschäftigt. Stimmung leicht gedrückt, Nahrungsaufnahme unregelmäßig.

VIII. 07. Gewalttätig, widersetzlich, lärmend, will nicht ins Bett gehen. Dauerbäder, unruhige Wachabteilung.

IX. 07. Zerfahren, einsichtslos, müßig, drängt fort.

XII. 07. Befinden ist ab und zu für einige Tage ein besseres, so daß Pat. sich etwas beschäftigen kann. Plötzlich kommt dann wieder schwere Verstimmung mit ungenügender Nahrungsaufnahme, abweisendem Verhalten, Neigung zu Schimpfen und Gewalttätigkeit.

I. 08. Völlige Verwirrtheit, heftige Erregung mit wüstem Schimpfen.

III. 08. Schreibt viel Briefe und Karten, Zustand ziemlich unverändert.

IV. 08. Eher ruhiger, verlangt stets ihre Entlassung. Schreibt einen Brief, in dem sie immer wieder um Verzeihung bittet, sie wolle sich bessern, sie habe niemand für Narren halten wollen.

Bessert sich, verhält sich völlig korrekt, gibt vernünftige Antworten, beschäftigt sich mit Hausarbeiten. Schrieb einen geordneten Brief, in dem es heißt: „Es tut mir sehr leid, daß ich immer in der Anstalt sein muß, ich wünschte mir, ich möchte bald sterben, mein Leben hat doch keinen Wert."

V. 08. Im Beginn des Monats bricht eine neue Erregung aus: Schlaflosigkeit, Schimpfen, Schreien, Tätlichkeiten. Ende des Monats: Pat. ist wieder ruhig, geordnet, freundlich, frägt, ob sie nicht bald wieder auf eine andere Abteilung komme; tagüber außer Bett, im Garten, macht Handarbeiten. Über ihren Erregungszustand befragt, weicht sie aus: „Ich weiß nicht."

VI. 18. Erneuter Erregungszustand, zerreißt, spricht wirr. Die Erregung klingt Ende des Monats wieder ab: steht auf, arbeitet.

VII. 08. Bis Mitte des Monats Ruhe, dann erneute Erregung, zerreißt, lamentiert, will fort, schimpft über ihre gewaltsame Zurückhaltung, wird obszön.

VIII. 08. Deprimiert, weint viel, weil man sie umbringen wolle, dann tritt wieder Beruhigung ein, bis am 14. IX. 08 abermals eine heftige Erregung einsetzt: ist nachts laut, entblößt sich, rennt herum, schreit sinnlos. Darauf wieder rasche Beruhigung, bis sie Mitte X. 08 wieder auf

die unruhige Wachabteilung kommt, von wo sie jetzt nicht wieder wegkommt.

XI. 08. Verhält sich im allgemeinen ruhig, ist aber nie ganz klar und frei; lacht viel, besonders wenn sie angeredet wird, weint auch gelegentlich, verlangt immer ihre Entlassung. Zeiten von heiterer Stimmung wechseln mit depressiven Anwandlungen unregelmäßig ab.

I. 09. Steter Wechsel zwischen relativ befriedigendem und geordnetem Verhalten und Zeiten größerer Verwirrtheit, verbunden entweder mit exaltierter, auch gereizter Stimmung oder mit Depression; so schreibt sie einmal: „Meine lieben Eltern und Geschwister in nah und fern, ich bitt Sie höfl. um Entschuldigung, vergebt mir meine Sünden, die ich im alten Jahr über Euch begangen habe, mir ist angst und bange vor dem neuen, wo ich ärgerlich zur Last bin, wer macht meinen Schaden gut!" usw., lauter vage Selbstbeschuldigungen. Heute ist die Stimmung über Nacht plötzlich umgeschlagen, Pat. lächelt freundlich, es gehe ihr gut.

II. 09. Gelenkrheumatismus, psychisch dauernd ziemlich verwirrt.

III. 09. Zustand wie früher, bald deprimiert, bald gehobener, heiterer Stimmung, immer aber unklar und verwirrt.

IV. 09. Wechsel zwischen starker Depression mit Verschuldungsgedanken, Weinen usf. und Zeiten gehobener Stimmung mit Neigung zu Scherzen; Zeiten größerer Klarheit im Denken recht selten.

VI. 09. Vorwiegen der depressiven Stimmungen mit Kleinheitsideen, Selbstbeschuldigungen.

VIII. 09. Beständiger Wechsel zwischen Depression, leichter oder stärkerer Erregung und relativ freien Zeiten, letztere sehr selten; völlige Klarheit besteht nie, auch keine eigentliche Krankheitseinsicht. Zertrümmerte vor einigen Tagen drei Teller aus Ärger über ihre Verlegung von einem Nebenzimmer in den Saal; in dem Nebenzimmer ließ sie sich von einer hysterischen Mitkranken sehr beeinflussen, brachte die gleichen Beschwerden vor wie diese, was nach der Verlegung sofort aufhörte.

X. 09. War einige Zeit ordentlich und fleißig, seit 3 Tagen wieder verstimmt und gereizt, fragt, wie lange sie noch „geschlaucht" werde.

XI. 09. Psychisch: Wechsel zwischen Depression und Euphorie, keine Einsicht. Halluziniert; „es habe telephoniert: ich komme nicht mehr hinüber, ich hänge mich auf."

I. 10. Stets wechselndes Befinden, bald deprimiert, bald heiter und fleißig arbeitend, selten gereizt. Wechsel in letzter Zeit oft von Stunde zu Stunde.

VI. 10. Seit längerer Zeit besteht bei der Kranken ein erheblicher Depressionszustand; die Kranke weint, klagt in monotoner Weise, bittet um Verzeihung wegen ihrer Sünden, glaubt, es werde nie mehr gut. Dabei zeigt sie häufig absonderliche Haltungsstereotypien, Neigung zu Verkehrtheiten: leert sich das Essen über den Kopf, entkleidet sich plötzlich,



legt sich auf den Boden, schmiert mit Kot, warf einer Mitkranken Kot ins Gesicht.

VIII. 10. Vorwiegend schwer deprimiert, macht sich allerlei absurde Selbstvorwürfe, hält sich für verloren.

IX. 10. Seit längerer Zeit still, an manchen Tagen verweigert sie das Essen. Legt sich auf den Boden. Oft unrein.

XI. 10. Häufig in trauriger Stimmung, fühlt sich unfähig zu denken.

I. 11. Meist sehr deprimiert, macht sich sinnlose Selbstvorwürfe, neigt zu absonderlichem Gebahren, legt sich platt auf den Boden, zieht das Hemd aus, stürzt sich aus dem Bett.

II.11. Keine dauernde Besserung, nur ganz vorübergehend gelegentlich etwas freier; stürzte sich in der Einpackung aus dem Bett.

IV. 11. Immer zu Verkehrtheiten neigend, meist deprimierte Stimmung mit unklaren Selbstbeschuldigungen, selten heitere Stimmung mit Neigung zu Scherzen und Possen.

VI. 11. Meist stark depressiv verstimmt, verkriecht sich unter der Bettdecke, weint und jammert; zeitweilig auch zornig: neigt zu Angriffen auf das Personal, ganz selten heiter.

6. VIII. 11. Gibt keine geordnete Auskunft, ist meist in trauriger Stimmung, mitunter sehr erregt, wirft sich — mit einiger Vorsicht — aus Bett und Bad. Überhaupt liegt in ihrem Benehmen viel Demonstratives, sie fällt besonders gern aus dem Bett, wenn der Arzt kommt.

8. VIII. 11. Die Stimmung ist völlig umgeschlagen: Pat. ist läppisch-heiter, spielt mit Fäden, dreht Brotkugeln und wirft damit nach dem Arzt. Gelegentlich impulsiv. Wieder nach einigen Tagen zeigt sich Mutazismus, Muskelspannungen, Gereiztheit, Sich-aus-dem-Bett-werfen. Ist sie heiter, so äußert sie allerlei Wünsche nach Schokolade, Orangen usw., lacht aber läppisch, wenn man ihr diese Wünsche abschlägt.

XI. 11. Vorwiegend traurig und verstimmt, öfters auch gereizt: erregtes Schimpfen und Beschuldigungen der Ärzte.

I. 12. Vorwiegend deprimiert oder auch gereizt, verkriecht sich unter die Bettdecke, oft tagelange Nahrungsverweigerung, um dann plötzlich wieder sehr viel zu essen. Zeitweilig heftige Wutausbrüche, schlägt wild um sich, wirft sich auf den Boden, schlägt sich den Kopf an.

III. 12. Bisher vorwiegend abweisend, mürrisch, gelegentlich erregt, die Nahrung verweigernd, seit etwa einer Woche freier, freundlicher, zu Scherzen geneigt; äußert alle möglichen Wünsche: Schokolade, Orangen usw.

V. 12. In letzter Zeit sehr verstimmt, ganz abweisend, widerstrebend, deprimiert, Nahrungsverweigerung, fängt aber wieder an zu essen, ehe Sondenernährung angewendet werden muß.

VII. 12. Wechselndes Verhalten, bald verstimmt, gereizt, gewalttätig, auch gegen sich selbst wütend; zeitweilig wieder freundlich, läppisch-

heiter, formt allerlei Figuren aus Brot. Zu geregelter Tätigkeit ist sie nicht zu brauchen.

IX. 12. Schreibt einen Brief an ihre Mutter, in dem folgende Stellen vorkommen: „Ich arbeite nichts. Ich kann gar nicht mehr wie ich will, ich werde fest, weil ich gar keinen Most mehr bekomme.“ Ferner: „Ich möchte auch einmal wieder nach Hause, ich bin alle Tage im Bett, es ist traurig, weil ich noch so jung bin, es hat mir oft schon leid getan, ich bin mein Leben so müd, ich habe keine Arbeitskraft, wenn ich auch gut aussehe, in ein paar Tagen ist meine Kraft wieder genommen, was Ihr mir nicht glaubt, stelle ich meinem Gott anheim; ich hab mich schon oft geschämt in der Welt, so dumm bin ich, lieg nur hier da im Armenhaus, mehr verstehe ich nicht. Ich habe gemeint, ich bin so reich, wenn Du mir das erlaubst, bedanke ich mich recht schön.“

Der Beginn der Erkrankung bei einem 20jährigen, bisher gesund geschilderten Mädchen erweckt den Anschein einer rein psychogenen Affektion, und so hat der einliefernde Arzt nicht gewagt, die Diagnose „Psychose“ zu stellen, sondern faßte den Fall als eine Hysterie auf, die durch die Genitalbeschwerden hervorgerufen sei. Es ist auch merkwürdig, wie prompt der Anfall nach der erstmals erschwert eingetretenen Menstruation sich legte, und wie er nachher in so vorzüglicher Weise nach Anwendung eines Hodgepessars wieder schwand, und wie schließlich am Tag der Entfernung des Ringes wieder Verschlechterung des psychischen Befindens eintrat. Auch die Art der Geistesstörung: Unverträglichkeit, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit passen zum Bild der Hysterie. Ein schadlos abgelaufener Suizidversuch rundet das Bild ab. Auch in der Anstalt scheint die Anfangsdiagnose hysterisches Irresein mit Recht gestellt zu sein; die Kranke fügt der Anamnese noch einiges bei: sie habe viel schaffen müssen, ohne Anerkennung zu finden, sie habe viel Kopfschmerz gehabt, Dinge, die wir von den ewig leidenden, nie zur genügenden Anerkennung kommenden jungen und alten hysterischen Mädchen oft hören müssen. Sie zeigt ferner ein Gefühl ihrer geistigen Krankheit, die sie selbst zu beschreiben vermag, sie sei traurig, einen Grund kann sie nicht nennen, das Denken wird ihr schwer. Kleine äußere Ursachen vermögen Tobsuchtanfälle mit Schreien und Konvulsionen und nachheriger Amnesie bei ihr auszulösen. Ich glaube, diese Symptomenreihe genügt zur Diagnose „Dementia praecox“ nicht.

Von jetzt ab mischen sich aber einige verdächtige Züge bei: ihr Interesse an der Umgebung scheint herabgesetzt, allem nach kennt



sie den behandelnden Arzt verhältnismäßig spät. Das Gedächtnis im ganzen ist ungenau. Unmotivierte Heiterkeit und gelegentliche Auskunftverweigerung trüben entschieden das bisherige Bild, dessen Symptome sich indessen halten, und zu denen eine körperliche Untersuchung noch herabgesetzte Berührungs- und Schmerzempfindung als Beitrag liefert. Erregungs- und gute Zeiten wechseln, es kommt zur Entlassung. Wenn wir jetzt eine Remission der Hebephrenie verzeichnen wollen, um die es sich offenbar handelt, so wäre es für unser Thema von unschätzbarem Wert, zu wissen, wie die psychogenen Symptome sich in dieser Zeit der Besserung verhalten haben, allem nach treten sie auch zurück, damit, daß die auslösende Ursache, nämlich die Geisteskrankheit, Station gemacht hat. Ich bedaure, daß die Krankengeschichte nichts Näheres darüber enthält, als daß sie den Dienst häufig gewechselt und immer wieder verschiedenartige körperliche Beschwerden, vor allem Schmerzen im Unterleib gehabt hat und deshalb öfters behandelt wurde. Als sie wieder erregter wird, stellt sich auch das oben bezeichnete Krankheitsgefühl ein, sie verlangt selbst in die Anstalt. Sie zeigt hier das schüchterne Wesen, das Hebephrenische in ihren guten Tagen auszeichnet, ferner die nicht genügend motivierte heitere Stimmung und schließlich Angstanfälle, die anscheinened wieder mehr psychogenen Ursprungs sind. Auffallend rasch trat nach Erregungszuständen, die sich in Anwesenheit des Arztes bessern, Beruhigung ein, und die Pat. wird mit Krankheitseinsicht „genesen" entlassen. Diese Krankheitseinsicht muß kritisch bewertet werden und dem am Eingang der Erkrankung vorhandenen Krankheitsgefühl offenbar gleichgestellt werden. Es ist das Gefühl, das Hysterische immer in Beziehung auf ihre Erkrankungen besitzen, und was sie gerade von anderen Geisteskranken grundsätzlich unterscheidet. Sie sind imstande, ihre Erkrankungen selbst zu beobachten. Noch kritischer betrachtet man die Genesung, die wieder eine Remission darstellt und ersteren ehrenvollen Titel nur insofern verdient, als es möglich ist, daß sie Jahre hindurch anhält und das betreffende Individuum recht wohl zu praktischer Tätigkeit fähig sein kann, oft ohne seiner Umgebung aufzufallen.

Die dritte Aufnahme wird aus denselben Gründen wie die beiden ersten notwendig: es zeigt sich wechselnde Stimmung, außer Langsamkeit und Schwerfälligkeit anscheinend intaktes Verstandesleben.

Nun sind aber gerade die beiden letztgenannten Eigenschaften Teile des durch die hebephrenische Erkrankung geschwächten Geisteslebens. Sie gerät öfters in heftigste Erregung mit Zerstörungswut. Dazwischen kommen wieder schwachsinnige Größenideen: Pat. will auf einmal feines Essen, schöne Kleider, Gedanken, die sich bei ihr bis auf den heutigen Tag erhalten haben, doch immer nur in ihren freundlich läppischen Krankheitsperioden. Diese Schwankungen der Stimmung passen an sich gut zur Hebephrenie, wir finden sie bei allen derartigen Kranken. Impulsive Gewalttätigkeiten vervollständigen das Bild. Der Erregungszustand dauert mit unterschiedlicher Heftigkeit an, und das Krankheitsbild bietet immer wieder die charakteristischen Zeichen der Dementia hebephrenica: sinnloses Schreien, Herumrennen, schamloses Sichentblößen, Unreinlichkeit und läppische Heiterkeit wechseln mit Mutazismus, Negativismus, Muskelspannungen, starker Depression. An der Diagnose ist jetzt kein Zweifel mehr, zeigt Pat. doch auch in manchen Zeiten den so charakteristischen, umschleierten interesselosen Blick der Jugendverblödeten, und ihre niedergeschriebenen Produkte verraten schwachsinnige Inkohärenz und Verwirrtheit, als Beispiel genügt der eine Satz: „Ich kann gar nicht mehr, wie ich will, ich werde fest, weil ich gar keinen Most mehr bekomme.“ Und doch hat sich etwas von dem zweifellos rein psychogen aussehenden Beginn der Erkrankung erhalten; wir lesen von Selbstvorwürfen und Selbstbeschädigung, die einen demonstrativen Zug an sich tragen, die sich häufen, wenn der Arzt in der Nähe ist, und die nie zu einem ernsthaften Schaden führen. Am überzeugendsten aber, daß hier die ruinenhafte Psyche eine besondere Rolle der sie zerrüttenden Krankheit gegenüber spielt, sind mir die eigenen Worte der Pat., die sie nach zehneinhalbjähriger Dauer der Erkrankung an ihre Mutter schreibt: „Es ist traurig, weil ich noch so jung bin, es hat mir oft schon leid getan, ich bin mein Lebtag so müd, ich habe keine Arbeitskraft, wenn ich auch gut aussehe, in ein paar Tagen ist meine Kraft wieder genommen!“ Ein Zurückgehen der psychogenen Momente ist fraglos vorhanden, das massive Vordrängen und Demonstrieren der als Symptome der Geisteskrankheit anzusehenden Erscheinungen wie plötzliche Erregung und traurige Verstimmungen, das Demonstrieren auch der Arbeitsfähigkeit in den besseren Tagen, in denen sie bis in die letzten Krankheitsjahre immer helfen und nütz-

lich sein wollte, ist stark zurückgewichen, hinter die gemütliche Stumpfheit versunken, die mehr und mehr zu einer Verödung jedes höheren Interesses, zu einem Hervortreten triebartiger Affekte geführt hat. Wenn wir eine Remission der zum Defekt führenden Krankheit noch erwarten dürfen, und eine kurze Remission bedeutet zweifellos auch die Zeit, wo der letztgenannte Brief geschrieben wurde, so dürfen wir uns damit wieder auf ein stärkeres Hervortreten der angeführten Momente gefaßt machen, die dann dem betreffenden Zustand angepaßt sind, d. h. sie werden sich um die bestehende Schwäche, um das Gefühl der Leistungsunfähigkeit, um Selbstvorwürfe und Selbstbetrauerung drehen.

II. L. H., geboren Juli 1875, Eintritt April 08. Anamnese: Vater Potator, gest. durch Suizid. Geistige Veranlagung: still und ernst, keine auffallenden Neigungen, Temperament melancholisch. Sehr solid, religiös, brav und folgsam. Krankheitsätiologie: unbekannt. Als Kind hielt sie einmal einen Geistlichen auf der Straße an, um ihn über eine ihr unklare Bibelstelle zu befragen. Am 24. IV. 08 erstmals plötzlich entstandener Zustand der Verwirrung: ängstliche Unruhe, Neigung zu Selbstvorwürfen, Selbstbeschädigungen, Kotschmieren. Nach Eintritt der Menstruation völlige Beruhigung. Gewichtszunahme. In den letzten Tagen vor der Aufnahme ähnlicher Erregungszustand: ängstlicher Affekt, Hinausdrängen, Ausreißen von Haaren, Schlaflosigkeit. Halluzinationen aus Blick und Verhalten wahrscheinlich; Illusionen besonders auf sexuellem Gebiet: Pat. fühlte geschlechtliche Akte, Schwangerschaft und Geburtsvorgänge. Diagnose: Menstruations-Psychose.

Befund: Sensibilität intakt. Ängstlich gespannter Gesichtsausdruck, weit geöffnete Augen, angstvolles Atmen. Rechtseitige Leistenhernie. Örtlich und zeitlich gut orientiert, keine Intelligenzstörung, ängstlich-gedrückter Affekt, keine Krankheitseinsicht. Versündigungsideen, Vergiftungsideen, Halluzinationen und Illusionen nicht nachweisbar; Neigung zu Selbstbeschädigungen, Spannungs- und Hemmungszustand mit krampfhaft steifen Händen und Fingern, Zittern des einen Armes. Macht nicht sehr energische Versuche, sich aus dem Bett zu stürzen.

V. 08. In letzter Zeit sehr unruhig, nur die feuchte Einpackung nützt. Die krampfhafte Haltung der Hände, das Zittern des Armes, die Sprachhemmung können durch Zureden vermindert bzw. ganz aufgehoben werden. Zeitweise Beruhigung, teilweise Krankheitseinsicht. Auffallend rascher Stimmungswechsel. Diagnose: Angst-Melancholie. Fortdauernd ängstlicher Affekt. Weint, klammert sich mit verzweifelter Miene an die Wärterin. Essen nur mit Mühe beizubringen.

VI. 08. Wenn man sich ihr nähert, heftigstes Weinen, sagt, sie müsse hinaus! Wo? Zu der Türe! Wohin? Sie müsse sich jetzt auf-



hängen! Zertrümmert Scheiben. Auf der unruhigen Wachabteilung wirkt die Umgebung auf ihre Erregung fördernd.

VIII. 08. In der letzten Zeit Mutazismus, Negativismus, Sondenernährung. Gewalttätigkeiten gegen andere und gegen sich selbst, mitunter leichtere Verletzungen.

IX. 08. Fragt, ob sie nach Hause dürfe, arbeiten, es gehe ihr jetzt gut, nur nachts sehe das Bett so schwarz aus, da habe sie Angst. Schreibt: „Liebe Mutter! Heute habe ich in Liebe Deiner gedacht und hoffe, daß es Dir ordentlich ergeht. Vorgestern war ich ganz besonders ängstlich und hatte im Sinn, mich umzubringen, vergiften oder ertränken, wurde mir aber doch zu schwer und ließ mich wieder in Wickel bringen!"

I. 09. Kommt wieder auf die unruhige Wachabteilung, zieht sich Othämatom und Abszeß am Finger zu.

II. 09. Mutazismus, Negativismus, ängstliche Stimmung, Trieb, anderen die Nase abzubeißen.

XI. 09. Beschäftigungstrieb: hilft bei der Saalreinigung, bei der Essenausteilung. Gelegentliche Auskunft, manchmal plötzliche Erregungszustände, heftigstes Weinen. Selbstbeschuldigung, Halluzinationen. Eine Mitkranke soll ihr gesagt haben, sie solle sich aufhängen, was sie daraufhin mit einem Tuch auszuführen versuchte.

I. 10. Vorwiegend Spannungszustände. Grimassieren; dazwischen freiere Zeiten, in denen Pat. arbeitet. Briefe sind formlos, unzusammenhängend.

III. 10. Auf einer ruhigen Wachabteilung etwas Besserung, Arbeitsdrang.

IV. 10. Dauernd ängstlich, Selbstbeschädigung: Stürzt sich aus Bett und Badewanne, sehr erregt. Für kurze Zeit ablenkbar.

VII. 10. Einklemmung ihres Leistenbruchs, Reposition, darauf große Dankbarkeit, verlangt ihr Bruchband, damit man nicht so viele Mühe mit ihr habe. Befindet sich psychisch und somatisch wohl: spricht vom Heimgehen. Zwei Tage nachher wieder motorische Unruhe, die wieder ständig zunimmt.

XI. 10. Etwas Besserung, schreibt soweit geordnete Briefe.

I. 11. Wieder starke Erregungen, Selbstbeschädigungen. Dauernde Überwachung, beißt andere Patientinnen. Im Laufe des Jahres 1911 dauernd stärkste Erregung, doch zeigen ihre Selbstbeschädigungen und Verkehrtheiten stets etwas Demonstratives; wenn der Arzt kommt, ist alles besonders schlimm. Verschluckt gelegentlich Knöpfe vom Badmantel und einen abgebrochenen Tassenhenkel. Über den Grund befragt, erwidert sie in der ihr eigenen Kindersprache: sie sei froh, daß sie das gekonnt hätte.

XI. 11. Äußere Orientiertheit gut erhalten, impulsive Handlungen, Selbstbeschädigung.



III. 12. Impulsive Handlungen gegen Mitkranke, Selbstbeschädigung, Wein- und Lachanfälle, Spannungszustände wechseln und halten Pat. in dauernder Aufregung.

IX. 12. Tagelang etwas ruhiger, reagiert etwas auf Suggestivbehandlung; hat einen Hautausschlag, an dem sie sich gerne behandeln läßt. Als der Arzt einmal eine andere Kranke zuerst behandelt und dann erst zu ihrer Behandlung den Saal betritt, stürzt sie sich demonstrativ mit dem Kopf voraus aus der Bettlade, weil sie beleidigt war. Auch hierbei fügt sie sich keinen Schaden zu und beruhigt sich auf Zureden wieder.

Schlußuntersuchung: Eine irgendwie genaue Untersuchung ist bei der ständigen starken Aufregung, in der sich die Pat. befindet, nicht durchzuführen. Immerhin ist die Pat. für kurze Augenblicke durch Suggestion zu fixieren. Eine oberflächliche Sensibilitätsprüfung ergibt: Konjunktival-, Gaumen- und Bauchdeckenreflex fehlen vollständig, bei Prüfung des Fußsohlenreflexes kaum eine Reaktion. Die Sehnenreflexe sind wegen Spannung nicht zu prüfen. Die Schmerzempfindung ist am ganzen Körper stark herabgesetzt. Bei Drücken auf einen bestimmten Punkt unterhalb der Mamma zuckt die Pat. zusammen und gibt Schmerz an. Als sie nach der Untersuchung weggefahren wird, ruft sie mit lauter Stimme: „Adjö, hast Dei schöne Luise gsehn!“

Die schicksalreiche Krankengeschichte, aus deren langen Aufzeichnungen ich hier das Wesentliche zusammengesucht habe, erstreckt sich über 4½ Jahre unserer Beobachtung. Ein von Hause aus solides, braves und fast auffallend religiös gewissenhaftes Mädchen mit einer stillen und ernsten Gemütsart erkrankt ganz plötzlich zur Zeit der Menstruation mit einem nur über diesen Naturvorgang anhaltenden heftigen Verwirrtheitszustand, in dem wir Selbstvorwürfe und Selbstbeschädigung feststellten. Nachher scheint wieder völlige geistige Gesundheit zu bestehen, es tritt Gewichtszunahme ein. Dasselbe wiederholt sich kurz vor der Aufnahme in die Anstalt. Es wird besonders hervorgehoben, daß der Inhalt des erkrankten Vorstellungslebens sich diesmal besonders auf das sexuelle Gebiet erstreckt. Die Diagnose wurde der anscheinenden Ätiologie entsprechend auf Menstruationspsychose gestellt. Man muß sich fragen, warum trat dann die Psychose nicht schon bei Eintritt der ersten Menstruation auf? Also Ätiologie wird diese nicht sein, doch höchstwahrscheinlich auslösende Ursache für einen schon im stillen vorbereiteten Prozeß, der damit zum erstenmal in die Erscheinung tritt. Der Verlauf hat gezeigt, daß es sich um das Offenbarwerden einer hier erst im 33. Lebensjahre erscheinenden Hebephrenie (oder Katatonie) gehandelt hat.



Es baut sich langsam, aber konsequent das charakteristische Bild auf, erst die stille ernste Natur der sogenannten gesunden Zeit, dann Aufregungen mit Remissionen und einer gewissen Krankheitseinsicht; hierauf kommt die Depression mit Versündigungs- und Vergiftungsideen. Dabei besteht Unbelehrbarkeit. Bei der Untersuchung fehlt irgendein Defekt des intellektuellen Apparates. Spannungs- und Hemmungszustände stellen sich ein. Dann wieder Unruhe und der auffallend rasche Stimmungswechsel, was sich ja alles mit dem Bilde einer katatonischen Erkrankung vereinigen läßt. Der Affekt behält das Ängstliche bei, Gewalttätigkeiten treten dazu, man hat den Eindruck, daß das ganze Mädchen unter lebhaften, sie ängstigenden Sinnestäuschungen steht, etwas Bestimmtes berichtet wird darüber aber nicht. Mutazismus und Negativismus werden immer mehr ausgeprägt, es muß vorübergehend zur Sondenernährung gegriffen werden. Im unabänderlichen Verlauf treten immer wieder mit der Zeit seltener und kürzer werdende Remissionen auf, in denen Auskunft von der Kranken zu erlangen ist. Schließlich gewinnt die Erregung die Oberhand: Impulsive Handlungen gegen Mitkranke, Wein- und Lachkrämpfe, Sprechen in einer selbstgefertigten Kindersprache, Inkohärenz und sinnloser Inhalt in ihren Briefen mehren sich zusehends, bis wir jetzt am Schlusse der Beobachtung eine Kranke vor uns haben, die zu den Aufgeregtesten der Anstalt gehört, die fast ständig im Dauerbad oder in einer feuchten Einpackung gehalten werden muß, deren Augenausdruck, deren Redeweise die einer intellektuell Defekten sind, obwohl ihr Gedächtnis, vor allem soweit es sich auf Vorfälle aus ihrer Krankheitszeit bezieht, gut ist. Der Affekt ist doch sichtlich weit abgerückt von dem, was er bei einem Gesunden zur physiologischen Begleitung und Erhaltung der Verstandestätigkeit zu leisten hat. Es besteht nicht etwa Affektlosigkeit, sondern die Affekte haben sich im wesentlichen auf durchaus krankhafte Weise entwickelt: Vorstellungen, die beim Gesunden gefühlsbetont sind, haben diese Gefühlsbetonung verloren, andere, vor allem solche aus dem Triebleben, sie gewonnen; im wesentlichen, sage ich, denn daß auch noch einige gut gefühlsbetonte Vorstellungen sich durch die ganze Krankheit erhalten haben, die aus der vorhebephrenischen Zeit stammen, soll in folgendem gezeigt werden.

Neben der Reihe der genannten Symptome geht eine zweite bei




der Pat. einher, die sich zusammensetzt aus körperlichen Symptomen wie Fehlen von Konjunktival-, Gaumen-, Bauchdecken- und Fußsohlenreflex, Herabsetzung der Schmerzempfindung und Druckpunkte, dann einmal auch während der Erkrankung das Zittern eines Armes (ich bedaure, daß von damals keine eingehende Sensibilitätsprüfung vorliegt) und aus psychischen, auf die wir näher eingehen müssen. Obenan steht dabei erstens die durch die ganze Krankheit hindurch festgestellte Suggestibilität: die krampfhafte Haltung der Hände, das Zittern des Arms, die Sprachstörung werden durch Zureden vermindert. Die ganze Person kann heute noch durch Ermahnungen zur Ruhe gebracht werden, kann in der schlimmsten Aufregung dazu überredet werden, dem besuchenden Arzt die Hand zu geben. Während der oftmaligen Behandlung, die sie sich durch ihre Selbstbeschädigungen zugezogen hat, hielt sie auch bei sehr schmerzhaften Hilfen, wie Nähen, ganz still und bewahrte dem betreffenden Arzt einen für ihr sonstiges Gebahren, in dem sich Grobheit gegen sich und andere mit einer gewissen sittlichen Stumpfheit paarte, innigen Dank; sie bat das eine Mal noch besonders um ihr Bruchband, damit sie nicht so viel Mühe mache. Ebenso ist sie dann auf der andern Seite wieder die Beleidigte, wenn man nicht ihr die erste Aufmerksamkeit schenkt. Andere hebephrenische Kranke habe ich nie so „ehrgeizig" gesehen, sie zeigen den Besuchen des Arztes gegenüber entweder höchste Gleichgültigkeit, behalten ihm gegenüber ganz dasselbe zerfahrene Wesen, wie im übrigen Verkehr, und verhalten sich bei irgendwelcher körperlichen Behandlung gänzlich mutazistisch oder aufs äußerste widerstrebend, aber, daß sie sich gerne behandeln lassen, und gar Dankbarkeit für die Behandlung gibt es bei ihnen nicht. (Das Unterlassen von Schmerzensäußerungen — das will ich nur beifügen — kommt bei beiden Krankheiten, bei Hysterie und Katatonie in Betracht, danach dürfte sich keine entscheidende Differenzierung durchführen lassen). Eigenartig ist jedenfalls, wie konstant diese psychogenen Erscheinungen sich erhalten haben, wie intensiv suggestiv auf die in ihrer hebephrenischen Verblödung schon genügend gekennzeichnete Pat. noch heute z. B. das Wort „Mutter" wirken kann, das sie zur Rührung zu bringen vermag und zur augenblicklichen, allerdings nicht lange Zeit währenden vollständigen Einstellung ihrer Unarten. Zweitens ist die Kranke durchaus de-

monstrativ: ihre Selbstbeschädigungen bis zu den Selbstmordversuchen, die eine überaus ausgedehnte Rolle in der Krankengeschichte spielen, zeigen bei jeder Gelegenheit etwas Berechnetes, mehren sich, wenn die Kranke weiß, daß darauf geachtet wird: im Dauerbad pflegte sie während der Visite immer mit schrecklicher Gebärde unter das Wasser zu tauchen, während sie es sonst selten oder gar nicht macht. Und so verhält es sich auch mit ihren Briefen: sie enthalten lebhafteste Demonstrationen ihres Zustandes, ihrer Krankheit. Während Paranoiker das Geheimnis ihrer Stimmen oft lange zu bewahren suchen, ihre dem Beobachter nicht ganz aufgeklärten Verstimmungen stets auf äußerliche Ärgernisse zu schieben suchen, während gewöhnliche Hebephrenische sich in ihrer großen Mehrzahl geistig als normal ausgeben, bzw. über die Versicherung, daß sie doch schwer krank seien, gleichgültig lachen, wird hier alles ausgeplaudert, die Krankheit und ihre Erscheinungen mit großer Konsequenz dem Arzte und den Angehörigen gezeigt: „Vorgestern war ich ganz besonders ängstlich und hatte im Sinn, mich umzubringen, vergiften oder ertränken wurde mir aber doch zu schwer und ließ mich wieder in Wickel bringen.“ Hier ist klar und ohne Umschweife in der Kranken Worten das Bild charakterisiert, das sie uns täglich, ja, jahraus jahrein geboten hat. Und wie gut alles ausgemalt ist: das hört man doch nur von hysterischen Personen. Sie gefallen sich geradezu darin, ihre Umgebung zu ängstigen, indem sie Sorge um ihre Person zu erwecken verstehen; man muß dann nur wissen, daß sie kein Unheil anrichten, wenn nicht ein unglücklicher Zufall im Spiel ist.

Was wir somit vor uns haben, ist nach meiner Ansicht keine einfach verlaufende hebephrenische Krankheitsform — wollten wir das annehmen, so wären offenbar lange nicht alle Symptome dieses verwickelten Erregungszustandes erklärt —, sondern es wird sich um eine von Haus aus hysterische Anlage gehandelt haben — leider sind die anamnestischen Angaben zu dürftig —, die durch das hinzukommende Jugendirresein in erhöhtem Maße ihren Einfluß auf das geistige Leben der Patientin, vor allem die eigentümliche Richtung der Affekte, ausgeübt hat. Stünden wir dieser Anschauung unfreundlich gegenüber, so bleibt nur noch die eine Erklärung, daß es eine hebephrenische Erkrankung gibt, bei der psychogene Symptome sehr stark hervor-



treten, die bei unkompliziertem Verlauf sich mehr im Hintergrund halten, aber eo ipso zu dem Krankheitsbild gehören.

III. K. F., geboren März 1883. Eingetreten Oktober 1911. Dienstmädchen. Erbliche Belastung: Geisteskrankheit in der väterlichen Familie. Geistige und körperliche Entwicklung o. B. Vor 6 Jahren Geburt eines Kindes, seither sei Pat. verändert, traurig, lebensüberdrüssig. Wurde Wärterin in einer Privatirrenanstalt, lief dann ohne Kündigung weg. Lag einige Wochen weinend zu Hause im Bett. War nachher in verschiedenen Stellungen. In einer letzten, sehr strengen Stellung erkrankt sie aufs neue, hört Stimmen, sieht Gestalten, hat Angst, kann nicht mehr schlafen. Kam ins Spital, dort wurde „Dementia praecox" diagnostiziert. Hatte Angst, vor allem nachts, bezieht alles auf sich, war gereizt, aggressiv, schimpfte obszön, Selbstbeschädigung. Periodische Wiederkehr der Erregungszustände. Sie kam dann in dieselbe Anstalt, an der sie früher Wärterin war, dort bemerkte man: vielfach wechselndes Verhalten zwischen ruhig stuporöser Zeit und explosiven Aufregungszuständen, dazwischen hat Pat. ruhige, gute Tage, an denen sie arbeitet. Hauptsymptome sind eben diese Aufregungszustände, in denen Pat. sich selbst mitunter schwer durch Scheibeneinschlagen verletzt, ferner depressive Verstimmung mit Selbstmordgedanken. Nebenher wird Stumpfheit und Affektlosigkeit hervorgehoben. Bemerkenswert ist, daß sie bei der Naht einer ihrer Schnittverletzungen nicht eine Schmerzensäußerung getan hat. Sie sei wie „anästhesiert" gewesen.

Hier in Winnental legt Pat. ein ruhiges geordnetes Benehmen an den Tag, spricht freundlich und gibt bereitwillig Auskunft, hilft gleich im Hausdienste mit. Eine Prüfung der Intelligenz ergibt gutes Gedächtnis, etwas mangelhafte Merkfähigkeit, erhaltene Kombination, dem Bildungsgrad entsprechendes Urteil. Es besteht etwas Schwerbesinnlichkeit und Mangel an Auffassung, wogegen sie jeder an sie gerichteten Frage die nötige Aufmerksamkeit zuwendet, kein Abschweifen auf Nebensächliches oder auf eigene Gedankenwege. Die Affekte sind nicht gestört, sie hat für alles die gesunden Lust- und Unlustgefühle, zeigt keinerlei Gleichgültigkeit ihrer Umgebung oder ihrer eigenen Erkrankung gegenüber. Es haben Sinnestäuschungen des Gesichts (Kindergestalten) und des Gehörs (angenehme Musik) bestanden, die sich indessen verloren haben. Pat. neigt ferner dazu, Äußerungen ihrer Mitmenschen auf sich zu beziehen und sie als schlecht gemeint auszulegen. Durch Anwendung von Schlafmitteln sollen in der letzten Zeit wieder Gesichtstäuschungen vorgekommen sein. Körperlich fällt außer dem völligen Fehlen des Geruchssinnes nichts Besonderes auf.

Nicht eine ganze Woche nach der Aufnahme bekommt die Kranke einen heftigen, depressiv agitatorischen Erregungszustand: sie schreit und weint, sie sei das Leben nicht mehr wert, man solle sie vor die Eisenbahn werfen. Das Bewußtsein während dieser anfallartigen Erregung,



die sie im Laufe des Tages schon vorausgespürt hat, ist völlig erhalten. Rasch, ganz plötzlich tritt wieder Beruhigung ein: Pat. spricht wieder vollständig klar, weiß noch genau Bescheid mit ihrer Erregung, und was sie in derselben geäußert hat. Als Ursache für ihren Erregungszustand gibt sie die etwas zu laute Umgebung und die traurige Stimmung über den Verlust ihres Geruchsinnes an.

Pat. lebt in leichter Verstimmung, macht einmal einen Fluchtversuch und äußert einmal, sie habe unter die Eisenbahn wollen, ob sie denn geisteskrank sei. Schreibt folgenden Brief an ihren Bruder:

„Lieber Bruder! Schon lange ist es, daß ich Dir nichts mehr geschrieben habe, es ist mir leider unmöglich, ich bin in X. (früherer Anstaltsaufenthalt) wieder sehr aufgeregt worden und bin recht schwach geworden. Dein Besuch hat mich so sehr gefreut, besonders weil Du zweimal zu mir gekommen bist in einer so kurzen Zeit, wo Du in Deiner Heimat verweilen durftest. Aber später war es mir so arg, daß ich nicht mit konnte, und Du hättest mich doch sicher mitgenommen und hättest mich auch brauchen können, wenn mein kranker Arm nicht gewesen wäre. Lieber Bruder! entschuldige deshalb, daß ich Dir jetzt erst schreibe, daß ich hier bin seit 9. Oktober, es hat lange gedauert, bis ich hierher kam, habe im Monat Juli schon verlangt, mich versetzen zu lassen, meinte immer, Herr Direktor wolle mich nicht gehen lassen und habe mich deshalb sehr aufgeregt, auch habe ich noch viel büßen müssen unschuldig, und bin schwer mißhandelt worden von den Wärterinnen, auch sollte ich gesagt haben, ich schlage die Oberwärterin tot; eine Patientin konnte mich nicht leiden und hat deshalb über mich gelogen. Und dann hat mich die Oberpflegerin verklagt, ich sei aufgeregt beim Herrn Direktor, war aber nicht mehr, sondern ich lachte noch über das, was die Patientin sagte, und das hat die Oberwärterin geärgert, sie ließ mich dann zu 7 Wärterinnen in einen Saal tun, natürlich wurde ich sehr aufgeregt durch den Schrecken, ich wäre gerne mit einer Wärterin gegangen. Sie rissen mir die Kleider vom Körper und banden mir die Augen zu und haben mich auf den Boden geschmissen, und dann gab mir Herr Direktor zwei Spritzen. Kam dann in eine Zelle 5 Wochen, 8 Tage habe ich nichts essen können, auch kam kein Arzt zu mir, ich war immer aufgeregt, weil ich immer gereizt wurde, auch war ich wieder eine Zeitlang ruhig, bloß damit man mich freilassen soll, bekam jeden Tag zwei bis drei Einspritzungen und kalte Wickel, es war fürchterlich; verlangte Schlafmittel, bekam keine, und jeden Morgen kam ich in kalten Wickel 1 Stunde. Auf den Knien habe ich sie gebeten und geweint, sie sollen mich nicht so mißhandeln, ich ließe mir gefallen, wenn ich geschlagen oder was zerrissen hätte. Hatte einmal gesungen, dann hat mich die Wärterin verklagt, bekam einen Wickel und Herr Doktor kam dann und wollte mich einspritzen, natürlich ich weigerte mich und sagte, ich hätte bloß gesungen, er sagte, das dürfe man und bin dann verschont geblieben. Lieber Bruder! Ich bin in X.



sehr heruntergekommen, habe in ½ Jahr um 23 Pfund abgenommen, dann kannst Du Dirs denken, daß ich schwach geworden bin, und es geht mir jetzt deshalb sehr schlecht, so bin ich noch nie gewesen in meinem ganzen Leben. Und wenn ich nur daran denke an das erste Jahr, wo ich krank geworden bin, war ich noch viel besser daran, wie jetzt, und jetzt bin ich verloren ganz. Wäre ich nun gleich nach Winnental gekommen, dann wäre ich jetzt gesund, man hat hier eine gute Behandlung, aber jetzt ist es zu spät, was nützt es jetzt mein Leben mehr, denn ich weiß gewiß, daß ich verloren bin, und wie hab ich immer die Marie und den Vater gebittet, sie sollen mich doch holen, und wieviel habe ich in Pfullingen gearbeitet, alles umsonst, jetzt könnte ich nicht in die Welt, noch das Eine bleibt übrig, ich muß unter die Eisenbahn, ist dann doch besser, als mein Leben lang in den Anstalten sein und soll nichts mehr verdienen können. O wie gerne habe ich immer gearbeitet, aber jetzt kann ich nicht mehr. Lieber Bruder! Ich muß es Dir schreiben, ich habe Tag und Nacht keine Ruhe mehr. Die vielen Schlafmittel und die vielen Spritzen, die kalten Wickel, die ich habe nehmen müssen, haben mich jetzt furchtbar schwach und elend gemacht, habe immer noch eine Freude gehabt am Leben. Es ist auch schon zu lange, daß ich eigentlich fort bin. Die Hände sind mir auf den Rücken gebunden worden, ich habe immer das Gefühl irgendwo anders werde ich wieder gesund, Du wirst schon etwas wissen. Ich denke oft, wenn ich nur meinen Verstand gar nicht mehr hätte, und die Angst, wo ich von X. her habe, ist schrecklich. Mein Arm ist jetzt wieder recht geworden, bloß in zwei Fingern habe ich gar kein Gefühl, den Menschen kann man krank machen, aber nicht leicht gesund bei solcher Krankheit. Es würde mich auch wieder freuen, wenn Du was hören läßt, Deine zwei Karten habe ich schon lang erhalten, besten Dank. Vater schrieb mir einmal. Nun schließe ich mein Schreiben mit vielen herzlichen Grüßen Deine Schwester."

I. 12. Ihr Befinden ließ immer etwas zu wünschen übrig: sie stößt sich den Kopf an die Wand, sie zerreißt, gibt häufig keine rechte Auskunft, wird gelegentlich erregt. Will in eine Anstalt mit Schwestern (weil sie selbst Wärterin war). Steht nicht auf, sie sei zu schwach.

II. 12. Wird widerstrebender, droht mit Gewalttätigkeiten und führt dann solche auch aus. Tagelang überlautes sinnloses Schreien, fortwährende Gewalttätigkeiten, so daß sie fast den ganzen Tag in feuchter Packung liegen muß. Auf der unruhigen Wachabteilung wird sie rasch ruhiger.

IV. 12. Von Zeit zu Zeit Verstimmungs- und Erregungszustände, in denen die Kranke abweisend ist, gewalttätig wird, sich selbst kratzt, beißt, den Kopf anschlägt, sich die Speisen über den Kopf schüttet usw. Meist tritt bald wieder Beruhigung ein. Es besteht völlige Orientiertheit. Reizbar; als ihrem Wunsch, auf eine andere Abteilung versetzt zu werden,



nicht entsprochen wird, höchste Wut. Macht kurz hintereinander zwei Selbstmordversuche.

V. 12. Meist freundlich, glaubt nicht mehr gesund zu werden, ab und zu verstimmt.

VI. 12. Ganz abweisend, verstimmt, gereizt, reißt sich Haare aus, beißt sich in die Arme, schlägt den Kopf gegen die Bettstelle. Macht einen Strangulationsversuch, zerkratzt sich das Gesicht, verweigert die Nahrungsaufnahme, gibt keinerlei Auskunft, widerstrebt passiven Bewegungen mit äußerster Kraft, schlägt ihren Kopf gegen Wand und Bettstelle, macht einen Fluchtversuch. Viele Einpackungen.

Liegt meist in starrer Haltung zu Bett, gelegentlich Selbstbeschädigungsversuche wie bisher. Schreibt u. a. wieder an ihre Schwester: „Wußte nicht, daß ein Mensch so werden kann, wie ein Tier bin ich, ich gehöre nicht mehr unter die Menschen und so häßlich sehe ich aus, es ist schrecklich. Der Verstand ist auch stumpf und halb blöd, die Augen kann ich kaum mehr aufmachen, ich gehöre in die äußerste Finsternis hinaus, da wird sein Heulen und Zähneklappern“ und weiter: „Ich habe das Leben und Essen nicht mehr verdient, abscheulich bin ich anzusehen.“

VII. 12. Erwürgungsversuche, starre Haltung.

X. 12. Versteckt sich unter der Decke, spricht wenig, vorwiegend depressiv gestimmt.

XI. 12. Selbstbeschädigungs- und Fluchtversuche.

XII. 12. Zwei Selbstmordversuche, eine Schreiszene anläßlich der allgemeinen Visite. In einem inhaltlich und formell gut geschriebenen Brief mit der Rückaufschrift: Absender Direktion Heilanstalt Winnental bei Winnenden Oberamt Waiblingen, steht folgendes: „Hier lege ich noch ein kleines Gedicht bei von mir:

1. Unverstanden, ungeliebt muß ich gehn durchs Leben,
   Keinen größern Schmerz es gibt, hat es je gegeben.
   Vater sei barmherzig mir, reich' mir Deine Hände,
   Nimm mich aus dem Kummer hier, Vater mach' ein Ende.
2. Nimm mich hoch hinauf zu Dir, auch zu meinen Lieben;
   Denn mein Herz möcht fort von hier, sehnet sich nach Frieden,
   Meine Kraft versiegt bald ist und mein Mut zu Ende.
   Sei barmherzig Deinem Kind, es sucht Deine Hände.
   Aus dem Herzen tropft das Blut, tropft aus tausend Wunden,
   Heißes rotes Herzensblut, wie werd ich gesunden.
3. Unverstanden, ungeliebt muß ich gehn durchs Leben,
   Keinen größern Schmerz es gibt, hat es je gegeben,
   Vater, Mutter, die mir lieb, geht den Herrn zu bitten,
   Daß ich weiterwandern darf, sein in Eurer Mitten.

Ich will nicht verschweigen, daß dieser Fall derjenige ist, bei dem mir weniger durch die eigene Beobachtung der Kranken als



durch das Studium ihrer Krankengeschichte Zweifel kamen, ob wir es hier mit einer katatonischen oder einer hysterischen Erkrankung zu tun haben, oder ob beides in irgendeiner Form nebeneinander einhergeht. Zum voraus muß ich zur Erwägung geben, daß die Kranke im Anschluß an eine äußere Ursache, Geburt eines unehelichen Kindes, erkrankt ist, daß ihre Intelligenz in der sich über 8 Jahre — wenn auch mit freien Zwischenpausen — erstreckenden Beobachtungszeit sich nicht verändert hat, was einwandfrei festgestellt werden konnte, und was die Krankengeschichte durch Wiedergabe ihrer Briefe und des Gedichts zeigt, und zum letzten, daß sie selbst Wärterin in einer Anstalt gewesen ist. Wenn ich mir aber die Kranke in ihrem heutigen Zustande ansehe, so finde ich eine mittelgut genährte, blaß aussehende Kranke mit geplagtem Gesichtsausdruck in starrer Haltung im Bett liegen. Begrüßt man sie, so gibt sie die Hand und bewegt die Lippen, blickt wohl auch nach dem Arzt, bleibt aber sonst liegen wie sie ist. Ihre Arme läßt sie passiv bewegen, der Kopf wird absolut starr gehalten, Auskunft erhält man meist nicht, gelegentlich ist sie gegen sich selbst gewalttätig, macht Erdrosselungsversuche, verweigert die Nahrung und ist gänzlich unzugänglich. In etwas besseren Zeiten spricht sie auch, sie sei so schwach im Kopf, es sei nicht mehr wie früher, ihr Zustand werde nicht anders, sie sei unheilbar[1]). Und wenn wir rückwärts gehen, so finden wir diese Wahrzeichen: den Mutazismus, Negativismus und die Spannungserscheinungen immer wieder, wenn auch selten ganz unbeeinflußbar. So waren im Beginn, als sie im 22. Lebensjahr erkrankte, die Erscheinungen festgelegt mit initialer trauriger Verstimmung, Lebensüberdruß. Aus der Wärterinstelle lief sie ohne Kündigung weg, weinte einige Wochen lang zu Hause, kam dann wieder in Stellungen und erkrankt in einer „besonders strengen" mit Angst, Halluzinationen und Schlaflosigkeit. Ganz gewiß erinnert

[1]) In doppelter Hinsicht war ein Brief interessant, den die Kranke erst nach Abschluß der Arbeit schrieb. In ihm teilte sie einen langen Lebenslauf mit, in dem sie sich zahlreicher sexueller Verfehlungen beschuldigte, die sie angeblich bis dahin zum Teil verschwiegen hat. Ferner schreibt sie lang und breit von der Dr. *Fauser*schen Entdeckung, von der sie in der Zeitung gelesen habe: „Ich wünsche, daß auch hier in dieser Anstalt die Ärzte mit der Nachprüfung der Ergebnisse beschäftigt sind, und ein Heilmittel gegen jene unheimliche Krankheit, die Geisteskrankheit, erfinden mögen."



uns diese Entstehungsgeschichte der psychischen Erkrankungen sehr an die unserer Patientin I, bei der sich inzwischen eine hebephrenische Verblödung ausgebildet hat. Es wurde damals auch „Dementia praecox“ diagnostiziert. Nächtliche Angst, Beziehungswahn bildeten den Grund zu periodischen Erregungszuständen. In der ersten Anstalt wechseln stuporöse mit explosiven Zeiten, es fällt Stumpfheit und Affektlosigkeit auf. Beim Nähen einer Wunde fällt auf, daß Pat. keinen Schmerz empfindet. Die Beurteilung des Krankheitsfalles durch unsere beiden Vorbeobachter fordert zur Kritik heraus. Wenn man auch zugeben muß, daß Angst und Schlaflosigkeit im Beginn der Dementia praecox ohne weiteres als Haupterscheinungen auftreten können, und daß Halluzinationen dazu noch sehr gut passen, so muß man sich doch die Mühe nehmen, diese Halluzinationen zu erklären. Mir sagte die Pat., sie habe Kindergestalten und angenehme Musik wahrgenommen, das sei jetzt nicht mehr da, nur durch Anwendung von Schlafmitteln kommen gelegentlich noch Gesichtstäuschungen vor. Wenn man dieses Abhandenkommen von Halluzinationen in Betracht zieht, das ich für glaubwürdig halte — denn auch in ihren recht offenherzig gehaltenen Briefen erwähnt sie davon nie etwas —, und bedenkt, daß sie früher Wärterin war und auf sie, als eine labile Seele, der Anblick und die Erscheinungen Geisteskranker zweifellos sehr eingewirkt haben, so glaube ich, daß dort der Grund zu den Sinnestäuschungen zu suchen ist, daß sie suggerierte waren, die dann bei Gelegenheit, so bei Anwendung von Schlafmitteln, auftauchten. Auch der Inhalt dieser Sinnestäuschungen spricht sehr für Schlafmittelwirkung, ihre Unveränderlichkeit für psychogenen Ursprung. Dann die berichtete Affektlosigkeit. Ich glaube mit keinem Urteil muß man vorsichtiger sein, als mit der Feststellung einer gemütlichen Verödung. Nach der Versetzung hierher ergab eine kurze Prüfung auf gemütliche Reaktionen durchaus die Befunde, die wir von einem gesunden Menschen ihres Standes erwarten müssen. Wenn das nicht genügen sollte, so tut es vielleicht die Versicherung, daß die Pat. sich hier, lieber allerdings unbeobachtet, für alles, was vorgeht, lebhaft interessiert, daß sie viele Zeitungen liest und schließlich Briefe schreibt, wie den abgedruckten, bei dessen Kritik wirklich die Annahme einer Affektlosigkeit nicht am rechten Orte wäre. Man kann sich ja selbst so und so oft überzeugen, daß man Kranke, die Wochen



und Monate lang stumm daliegen, und deren Krankheit nicht etwa mit dem Stupor akut entstand, sondern bei denen er sich im Laufe der Krankheit herausgebildet hat, für urteilschwach und für gemütlich verblödet hält. Angenehme Enttäuschungen beweisen uns oft das Gegenteil.

Damit wären wir so weit gekommen, ohne nur annähernd am Schlusse der Krankheitsbeobachtung zu sein, eine katatonische Erkrankung ausschließen zu können: Vom Ende ausgehend stellen wir das Fehlen einer gemütlichen Verblödung, das Fehlen des von ihr selbst beschriebenen stumpfen Wesens und blöden Aussehens („der Verstand ist auch stumpf und halb blöd die Augen"), das Fehlen von ständigen, wechselnden, zu Erregungszuständen führenden Sinnestäuschungen, das Fehlen eines konsequent durchgeführten Spannungszustandes, eines ständigen Mutazismus oder Negativismus fest und erkennen sämtliche Symptome der Krankheit als psychogen entstandene an. Leicht ist dieser Entschluß nicht, aber wir müssen uns aus dem Gesamtbild heraus die Symptome unbedingt so erklären. Greifen wir die Spannungs- und Erregungszustände heraus. Sie zeigen sich als außerordentlich variabel, nicht nur in ihrem Vorhandensein überhaupt, sondern auch in ihren Einzelheiten: Neben dem gänzlich gespannt gehaltenen Kopf aktiv und passiv bewegliche Arme, ein anderes Mal wieder alles beweglich, dann Spannung, sobald man etwas mit der Pat. spricht, was sie nicht gerne hört, bzw. Lösung der Spannung bei geeignetem Zusprechen. Und noch eklatanter zeigt sich das bei den Erregungszuständen. Die Intervalle sind unregelmäßig, der Grad der Erregung ist von der Abteilung abhängig, auf der sich die Pat. befindet; sie verschwindet rasch, wo man damit fertig wird, nämlich auf der unruhigen Wachabteilung, sie hält länger und mit größerer Heftigkeit an, wo man nicht darauf eingerichtet ist. sie zu bewältigen. Die Erregung steigert sich beim Anblick der Erregung einer anderen Hysterischen, und sie tritt vor allem nur auf äußere Anlässe hin auf.

Nun können wir neben diesen rein objektiven Befunden noch die Pat. reden lassen, ihre Produktion an Briefen war nie gehemmt, und oft fanden sich welche, die den Umfang des angeführten Schreibens zeigten. Es ist merkwürdig, wie der Zustand, in dem wir sie im Februar 1912 beobachteten, diese höchste Erregung mit Gewalttätigkeiten,



sinnlosem Schreien und Selbstbeschädigung, in ihrem Brief vorzüglich beschrieben ist, wie aber natürlich der Grund zu dieser Erregung ein geringfügiger war bzw. ein Unrecht gegen sie sein sollte. Nebenher geht immer wieder dieses eigenartige subjektive Abstumpfungsgefühl: „Habe immer auch noch eine Freude gehabt am Leben", „Der Verstand ist stumpf". Wir haben es hier offenbar mit derselben Erscheinung zu tun, wie bei unserer Patientin I und II: Beobachtung der eigenen Krankheit und Demonstration ihrer Erscheinungen in ausgiebigstem Maße. Darauf brauche ich nicht besonders hinzuweisen, daß die Form in ihrem Schreiben und die Verfertigung des vorgedruckten Gedichtes absolut dafür spricht, daß kein Kombinationsdefekt, keine affektive Verblödung bei der Pat. vorliegt, sondern daß die Verstandes- und Affektleistung vorzügliche sind und schon dadurch die schwere Erkrankung in ihrem langen Bestehen sich als psychogen, das geistige Leben nicht ruinierend erweist. Das Gedicht, für ein Dienstmädchen eine erkleckliche Leistung, halte ich nicht für völlig ihrem Kopf entsprungen. Leicht beeinflußbaren Naturen kann es vorkommen, daß sie etwas Derartiges vor nicht allzu langer Zeit gelesen haben, daß sie dann, ohne es zu wollen, in ihrem eigenen Schaffen von dem Gelesenen beeinflußt werden; und ich weiß, daß die Kranke besonders gerne Gedichte las. Wenn wir für diese Handlungen einen Grund suchen wollen, so muß er darin liegen, daß die Kranke gänzlich von einer affektbetonten Gedankenrichtung beherrscht ist, die sie oft nicht zu durchbrechen vermag, hier von dem Gedanken geisteskrank zu sein. Daß diese vorherrschende Richtung und der sich daraus ergebende Effekt einer sich tatsächlich geisteskrank gebärdenden Patientin manchmal dem Beschauer den Eindruck gemütlicher Verblödung macht, ist deutlich. Wir vermögen das schon bei Gesunden zu beobachten: wer sich längere Zeit intensiv mit einem Problem oder einem Beruf, der seine ganze Kraft in Anspruch nimmt, befaßt, erscheint seinen Mitmenschen und, wenn er sich selbst gut beobachtet, auch sich selbst anderen Interessen, sagen wir Kunst oder Politik gegenüber, äußerst indifferent: physiologisch gleichgültig, und, wenn er diese früher verfolgten Interessen gänzlich verliert, physiologisch verblödet. Und wie wir den Schreiben und Aussagen unserer Kranken ent-

nehmen, ist es sicher der Gedankenkreis der eigenen Krankheit, der sie beansprucht, und der ein ständig um das eigene Ich sich drehendes Denken verursacht. Verhältnismäßig gering war bei unserer Kranken die Suggestibilität, man kann ihr z. B. den Glauben an ein Wiedergesunden nicht einsuggerieren, sie hält an ihrer Vorstellung, an einer unheilbaren, zum Schwachsinn führenden Krankheit zu leiden, fest und quält sich entschieden lange Zeit mit diesem Gedanken, ohne auf irgend jemand zu hören, der raten oder helfen wollte. Man hat entschieden den Eindruck, daß solche „verschleppte" Fälle, die eine gewisse Entwicklung ohne dauernde Besserung hinter sich haben, an Suggestibilität erheblich eingebüßt haben, und das würde ja im allgemeinen nur bestätigen, was *Gaupp* in seiner Hysterietheorie schon gesagt hat, daß das Regulierungssystem des ausgewachsenen Menschen, wenn es einmal beschädigt ist, viel schwerer wieder zum Normalen zurückkehren wird, wie das unfertige, eindruckfähige des Kindes, und daraus ergibt sich ja ohne weiteres der geringere Erfolg unserer Suggestion. Und Suggestion ist und bleibt doch allem nach jede Hysterietherapie, und ein durch sie herbeigeführter Erfolg bedeutet Rückkehr zum Normalen, wenn auch oft nur für Augenblicke. Dieses Wiedergewinnen der gesunden Affektregulation scheint mir bei der Pat. hoffnungslos zu sein, ich halte die Erkrankung für prognostisch ungünstig, und die Kranke wird sich wohl auch fernerhin in ihrem unangenehmen Ideenkreise weiter verlieren.

IV. R. H., geboren Januar 1869. Eintritt September 1911. Krankenschwester. Keine erbliche Belastung; als Kind kräftig und gesund, war ruhig, nicht erregbar, religiös. Beginn der Erkrankung 1899/1900. Der Schwager der Pat. glaubt, es sei ihr bei einer Operation eines Syphiliskranken etwas ins Auge gespritzt (?). Nach etwa ½ Jahr sei sie am Auge operiert worden. Später soll sie unter den Erscheinungen einer Hirnentzündung erkrankt sein und deshalb mehrmals am Kopfe operiert worden sein. War in S. schon in mehreren Krankenhäusern, hatte u. a. eine Darmblutung vorgetäuscht, indem sie Blut, das sie ihrem Arm entnommen, dem Stuhlgang beimengte. Wurde wegen schwerer Hysterie, verbunden mit geistiger Störung, ins Spital eingeliefert. Bei der Aufnahme lag sie in stuporösem Zustand im Bett, reagierte auf Anrede und Berührung kaum. An den Extremitäten ist die Schmerzempfindung fast völlig aufgehoben, es besteht Katalepsie, Patellarreflexe nicht auszulösen, Kornealreflex positiv. Verlauf: Der Stupor läßt zunehmend nach, doch besteht Bewußtseinstrübung. Zeitweise Sondenernährung. Kein Negativismus, keine Manieren.



VII. 08. Sie wird in eine Privatirrenanstalt aufgenommen. Dort wird berichtet: Pat. hat sich ganz still und ruhig verhalten, redet sehr wenig, meist mit leiser Stimme, liegt gewöhnlich mit geschlossenen Augen da, kümmert sich — anscheinend — nicht um die Außenwelt. Nahrungsverweigerung.

X. 08. Verhält sich geordnet, ist freundlich, ruhig, spricht im allgemeinen nicht viel. Im großen und ganzen scheint Pat. nicht aufrichtig zu sein, hat anscheinend allerhand Hintergedanken, mit denen sie nicht recht herausrückt.

XII. 08. Verschiedentlich Nahrungsverweigerung, an solchen Tagen bleibt sie dann im Bett, reagiert nicht, liegt anscheinend teilnahmlos da, merkt aber auf alles auf. Mitunter behauptet sie, dies oder jenes gesehen oder gehört zu haben, doch ist es recht deutlich, daß sie nur simuliert.

VI. 09. Hat in den letzten Monaten keine gute Zeit gehabt und sich recht unangenehm bemerkbar gemacht. Als sie in den Garten gehen sollte, weigerte sie sich, nahm aus Trotz und Eigensinn tagelang keine Nahrung zu sich, mußte gefüttert werden. Bei der Medizinalvisitation redete ihr die Kommisison zu, sich in die Ordnung zu schicken. Die Folge davon war, daß sie in der Nacht darauf Nachttisch und Stühle demolierte, zerriß, was ihr unter die Finger kam. Nachher tat sie, als wisse sie von alledem nichts. Täglich künstliche Ernährung. Ist eine höchst unlautere, unwahre, eigensinnige Kranke, mit der man sehr schwer tut.

X. 09. Auf die Dauer tut sie nirgends gut, war ab und zu verstimmt und moros. Sondenernährung.

XI. 09. Es tritt allmähliche Besserung ein, wird im Dezember 1909 beurlaubt.

Wiederaufnahme in dieselbe Anstalt erfolgte im März 1910. Diagnose wurde auf degeneratives Irresein gestellt. Sie war zu Hause gereizt worden, in Konflikt mit den Angehörigen geraten, lag tagelang zu Bett, verweigerte die Nahrung. In der Anstalt war sie zunächst ruhig, anscheinend teilnahmlos, nahm keine Nahrung.

VII. 10. Ab und zu Stimmungsschwankungen, ist dann eigensinnig, trotzig; ist eine exquisit degenerierte Person.

IX. 10. Muß andauernd mit der Sonde ernährt werden, nimmt die Speisen, die man ihr hinstellt, nur ganz selten, stiehlt aber, wenn sie sich unbeachtet glaubt, ihren Mitkranken das Essen weg. Ist durch und durch unlauter, unwahr, der Typus einer minderwertigen, vor allem moralisch defekten Persönlichkeit.

II. 11. Im letzten Vierteljahr häufig sehr schwierig, schikanierte und plagte ihre Umgebung, wo und wie sie nur konnte, ertrug nicht den mindesten Widerspruch, geriet sofort in heftigste Wut, zerstörte, was ihr in die Hände kam, zerriß ihren Bettüberzug mehrere Male in lauter kleine Fetzen, schlug Scheiben hinaus, warf das Essen in den Nachtstuhl. Ist eine verlogene, bösartige, intrigante Person.



IV. 11. Sie wurde zu einer Bekannten, die sich erbot, sie aufzunehmen, entlassen, und dort geht es ihr gut, einzig und allein, weil Pat. will.

VIII. 11. Sie wird zum drittenmal aufgenommen in derselben Privatanstalt, von dort nach wenigen Tagen hierher nach Winnental versetzt.

IX. 11. Aufnahme in Winnental: Pat. zeigt traurigen Gesichtsausdruck, gibt auf Befragen zuerst nur leise und zögernd, im Laufe der Untersuchung jedoch lebhafter und prompter Auskunft. Sie ist örtlich und zeitlich orientiert. Über ihren bisherigen Anstaltsaufenthalt kann sie ziemlich gut aussagen.

Früher als Krankenschwester hat sie eine Operation am Warzenfortsatz durchgemacht, und später hatte sie Urinbeschwerden: häufiger Urindrang, konnte das Wasser nicht halten, ohne Erfolg wurden Blasenspülungen gemacht, dann habe man gesagt, es sei nur Einbildung von ihr. Sie sei dann zu einem Frauenarzt, der eine Gebärmutterknickung aufrichtete, darnach war es eine Zeitlang besser. Bald nachher machte sie einen Selbstmordversuch: versuchte die Pulsadern mit einer Schere zu öffnen, was aber nicht gelang. Jetzt weigert sich die Kranke, Nahrung zu sich zu nehmen, sie behauptet, das Essen nicht wert zu sein, sie habe früher ihre Kranken nicht richtig gepflegt, wenn sie esse, kommen nachts die an Hunger Gestorbenen zu ihr. Auf vieles Zureden nimmt die Kranke eine Tasse Milch.

Der körperliche Befund bietet keine Besonderheiten, außer geringfügigen Abweichungen in der Sensibilität (es ist schwer, sich auf die Angaben der Pat. zu verlassen). An beiden Unterarmbeugeseiten finden sich zahllose kleinste, teils weiße, teils leicht gerötete Narben, die stellenweise dem Laufe der Venen folgen und in den Ellbeugen besonders zahlreich sind, nach Angabe der Kranken rühren sie von Selbstmordversuchen her.

Bald muß Sondenernährung eintreten, der sie sich anfangs widersetzt. Im Beginn war die Kranke auch nachts sehr unruhig, sprach viel, offenbar auf Gehörstäuschungen antwortend; seit sie Veronal bekommt, schläft sie sehr gut.

X. 11. Sie erzählt immer gerne von ihrem früheren Anstaltsaufenthalt. Sie behauptet, ihre Nahrung schmecke versalzen, aber auch alles andere, Milch usw., habe denselben Geschmack. Die Kranke klagt, man ziehe sie bei Nacht an den Fingern, so daß sie nicht schlafen könne.

Übergab folgendes Gedicht:

1. Da kommt der böse Doktor her
Wohl mit dem dummen Schlauch,
Ich aber denk, wenn er nicht wär,
Wär nicht der schlimme Brauch.
Er könnte sein im Pfefferland,
Wo er nur gerne wär,




Dann hätte ich doch freie Hand,
Gegessen würd nicht mehr.

2. Und so kommt jeden neuen Tag
Auch wieder neue Plag.
Auch wenn ich oft und vielmals sag,
Daß ich nichts essen mag.
Dem Doktor gäb, wenn Meister ich,
Zehn Sonden, eine drein,
Damit gewiß und sicherlich
Er könnt zufrieden sein!

3. Und kann er nicht zufrieden sein,
So bleibt mir nur ein Rat,
Daß einmal doch die arme Seel
Auch ihre Ruhe hat.
Er solle essen, stets für mich,
Wenn wird der Tisch gedeckt,
Wünsch ich sein bestes Leibgericht,
Prost Mahlzeit, wenn es schmeckt!

X. 11. Als Krankenpflegerin hat sie sich vielfach als Opfer ihres Berufes gefühlt. Auf dieser Basis waren zu Beginn der Krankheit zweifellos hysterische Erscheinungen vorhanden. Von den schweren ethischen Defekten, die aus dem früheren Anstaltsaufenthalt berichtet wurden, hat sich hier bis jetzt nichts gezeigt. Vorübergehend waren kataleptische Erscheinungen da. In Briefen finden sich Wiederholungen, einer schließt mit dem Satz: „Einen herzlichen Gruß an die Hunde und alle Bäume im Wald." Es fällt auf, daß sie den Anstaltsdirektor ständig für ihren ehemaligen Lehrer hält, der alle ihre Streiche von früher kenne.

XI. 11. Die Sondenernährung kann nur ganz selten ausfallen. Geäußerte Blasenbeschwerden scheinen stark übertrieben zu sein. Schwindelgefühl, das sie früher gehabt haben will, hat sich gebessert, doch fiel sie gelegentlich rückwärts, nachdem sie von einer Mitkranken leicht gestoßen worden war, ohne sich übrigens zu verletzen. Wenn sie nicht beobachtet ist, scheint sie dann und wann mit einer Mitkranken zu streiten. Sonst meist zurückhaltend, freundlich und dankbar; gibt auf Befragen immer in geordneter Weise sinngemäße Antwort. Beim Sprechen langsam.

XII. 11. Tagüber ist die Kranke ruhig, freundlich, bescheiden, zeigt eine gewisse Langsamkeit des Erfassens, Redens und Handelns; sie nimmt sich einer älteren Mitkranken an, welche ihrer verstorbenen Mutter ähnlich sehe. Über ihre Wahnideen spricht Pat. nicht gerne, doch bestehen dieselben offenbar in unveränderter Weise fort. Dauernd Sondenernährung. Nachts viel unruhig, offenbar unter dem Einfluß von Halluzinationen.

I. 12. Ernährt sich selbst mit der Sonde.



II. 12. Wurde eines Morgens anscheinend bewußtlos von der Wärterin am Boden liegend aufgefunden, hat sich jedoch bald wieder erholt. Eine Patientin, deren sich die Kranke angenommen hat, beschwert sich, daß sie sie heimtückisch schlage.

III. 12. Die Kranke verweigert jede Nahrungsaufnahme; im übrigen verhält sie sich meist ganz ruhig und teilnahmlos, liegt dauernd zu Bett, ist dabei völlig orientiert und gibt stets sinngemäße Antwort. Die Stimmung ist vorwiegend gedrückt, doch nicht so, daß Pat. über ein gelegentliches Scherzwort nicht lachen würde. Stärkere Erregungen sind nicht mehr aufgetreten, nur bei der Ernährung wehrt sich Pat. manchmal energisch.

V. 12. Glaubt nie mehr gesund zu werden, will nicht, daß ihre Schwester zu Besuch kommt, kann sich nicht zum Schreiben entschließen.

VII. 12. Ist sehr unverträglich, plagt Mitkranke, trinkt nur einen Teil der Kraftnahrung. Wird deshalb wieder künstlich ernährt. Wehrt sich heftig, schimpft nachts stundenlang.

VIII. 12. Meist ruhig, nachts ein bis zwei Stunden unruhig infolge ihrer Gehörstäuschungen: „Sie esse anderen die Sachen weg". Die Sonde führt sich Pat. wieder selbst ein.

IX. 12. Sie begehrt dauernd nach Hause, beklagt sich, daß sie auf der unruhigen Wachabteilung sei. Ißt nichts mehr. Nach Stimmen befragt, gibt sie an, die Stimmen der Patienten zu hören, aber sonst nichts; schreibt in einem Briefe: „Mein Aufenthalt in der Anstalt hat keinen Wert, das sagen mir die Patienten, die fühlen es selbst, essen kann ich noch weniger, ich muß hier noch mehr hören, als in X." Sie meint dann: Man glaube ihr es nicht immer, was sie höre. Durch sehr eindringliches Zureden ist Pat. dazu zu bewegen, wieder etwas zu essen, aufzustehen und ins Freie zu gehen. Die vielen Bedenken, die sie dem Essen, Aufstehen und Arbeiten entgegenbringt, erklärt sie durch lauter frühere Erlebnisse, teils schreckhafter Natur, teils durch Worte von früheren Bekannten, denen sie ganz besonderen Wert beilegt.

Wird auf eine ruhige Abteilung versetzt. Die Versetzung fällt ihr zunächst wieder sehr schwer, sie findet sich dann aber zurecht. Erzählt Ref. von ihrem früheren Aufenthalt in der Anstalt in X., weiß noch alles genau, selbst wie viele Scheiben sie hinausgeschlagen hat, und daß sie sehr erregt war. Was ihre Gesichtstäuschungen anlangt, so führt sie dieselben darauf zurück, daß ihr als Krankenschwester einmal einer begegnet sei auf der Frauenabteilung, wie sie Nachtwache hatte, und sie furchtbar erschreckt habe, und der sei in X. gekommen und komme auch hier. Schreibt ihrem Schwager, er möchte sie besuchen, aber sofort zu ihr kommen und nicht erst ins alte Haus gehen. Als Erklärung gibt sie an, sie habe dort so viel durchmachen müssen, und sie fürchte, man könne es ihren Angehörigen auch so machen.



X. 12. Seither ruhig, freundlich, fleißig, nimmt ihre Nahrung. Halluziniert offenbar noch, spricht im Bett unter der Decke und erklärt auf Befragen, sie spreche „mit denen, die auch mit ihr sprechen". Wer dies sei, kann sie nicht angeben.

XII. 12. Als ihr einmal nicht gestattet wurde, in die Nacht hinein fortzuarbeiten, und sie daher mit einer Arbeit nicht mehr für den Weihnachtstisch fertig wurde, wurde sie verstimmt und verweigerte die Nahrung.

Schlußuntersuchung: Außer den schon oben angeführten Sensibilitätsstörungen, die heute noch ganz ähnlich wie damals und auf der einen Seite stärker ausgeprägt sind wie auf der andern, finden sich keine körperlichen Störungen, die als Stigmata aufgefaßt werden könnten. Psychisch zeigt sie sich zurzeit etwas freier. Gedächtnis, Urteilsfähigkeit, Auffassung und Aufmerksamkeit sind in keiner Weise gestört, Pat. spricht auch von selbst, man muß durchaus nicht alles aus ihr herausholen. Die Frage nach dem Grund und dem Eintreten ihrer psychischen Erkrankung und der jeweils dem Außenstehenden unmotiviert erscheinenden Verstimmungszustände, in denen sie gereizter und abweisender ist, weiß sie nicht zu beantworten. Daß wohl irgendein längst überstandenes Erlebnis nachwirkt, wird bestritten oder dieser Gedanke wenigstens nicht ohne weiteres aufgenommen. Sie erzählt dann noch viel von ihrem Leben, in dem drei sehr gefühlsbetonte Momente eine Rolle spielen: einmal war sie mit 18 Jahren verlobt (1887), aber der Bräutigam starb rasch weg, worauf sie schon damals lange Zeit nicht arbeitsfähig und pflegebedürftig geworden sei, der Zustand besserte sich, sie wurde Schwester, und da kam ein körperliches Leiden — ein aller Behandlung trotzendes Blasenleiden — als nächstes glückzerstörendes Ereignis, sie kam schließlich in die Anstalt, und in einer Pause des Anstaltsaufenthalts starb ihre Mutter, die sie am Lebensabend selbst gepflegt hatte, und deren Tod ihr sehr nahe ging. Seither hat sie sich nicht wieder völlig erholen können und behielt immer den gleichen eigenartigen Krankheitszustand bei, der sich im wesentlichen aus schlechtem Essen und Schlafen, das sie auf die Halluzinationen von den gestorbenen Patienten, die nachts zu ihr kommen, schiebt, und einem eigenartigen, Mitleid zu erregen suchenden, jammervollen Allgemeinbild zusammensetzt. Intellektuell finden sich keine Störungen, wohl aber eine eigenartige Affektlage, die neben der deprimierten Grundstimmung heitere Momente nicht vermissen läßt, in denen sich ein sonderbarer Übermut, bis zur Böswilligkeit gehend, Bahn bricht.

Auch bei dieser Kranken steht uns glücklicherweise eine lange Beobachtungszeit zur Verfügung. Mehrere Aufnahmen in verschiedene Institute brachten es — fast selbstverständlich — mit sich, daß mehrere Diagnosen an ihren Fersen haften: Schwere Hysterie, degeneratives Irresein, paranoide Form der Dementia praecox. Zunächst muß ich letztere Erkrankung ausschließen. Zur paranoiden Demenz

würde zunächst gehören, daß wir im langen Krankheitsverlauf irgendwelche Symptome der Dementia praecox auffinden können, denn rein auf Grund der zweifellos vorhandenen Gesichts- und Gehörshalluzinationen kann man diese Diagnose doch nicht rechtfertigen. Man entdeckt nun bei aufmerksamer Betrachtung, daß tatsächlich Stupor- und Erregungszustände wechseln, aber nirgends findet man Spannungserscheinungen oder Negativismus verzeichnet; und vor allem vermisse ich eine nach so langem Krankheitsverlauf doch in irgendeiner Form zu erwartende Schädigung des Geistes- oder Gemütslebens. Allein die Affekte, die manchmal ja zu eigenartigen Wutanfällen exazerbiert sind, bleiben fast stets dieselben, und die intellektuellen Fähigkeiten sind erst recht nicht in Mitleidenschaft gezogen, die Kranke weiß noch heute jede Kleinigkeit ihrer Krankheit, sie kann erzählen, wie viele Scheiben sie in erregten Zeiten zertrümmert hat, ihr Urteil ist nicht getrübt oder geschwächt. Sie nimmt an allem teil, beobachtet alles sehr gut. Eine gewisse egozentrische Anschauung dürfen wir nicht als Defekt betrachten, sie würde sich bei dem langen Aufenthalt in Anstalten einstellen, auch ohne durch eine besondere Diagnose begründet zu sein. Damit wäre die Demenz abgetan und es bliebe noch die Paranoia. Die Kranke hört die Stimmen ihrer verstorbenen Patientinnen und sieht hin und wieder einen Mann, vor dem sie einmal früher bei einer nächtlichen Begegnung sehr erschrocken ist. Wenn wir diese beiden Halluzinationen, die sich in der gleichen Eintönigkeit, wenigstens während ihres hiesigen Aufenthalts, immer wiederholen, und mit deren erster sie die Nahrungsaufnahme verweigert, mit deren letzter sie gerne ein Schlafmittel zu erhalten sucht, so müssen wir sagen, daß sie beide eine ersichtliche psychische Ursache haben und als auf psychogenem Wege entstanden zu erklären sind. Das sind keine Halluzinationen, wie sie ein Halluzinant erzählt, der einem chronischen progressiven Leiden, wie es die Paranoia wäre, verfallen ist. Dazu kommt, daß die Kranke angibt, fast ausschließlich bei Nacht Sinnestäuschungen zu haben. Ich kann mir in solchen Fällen die Ansicht nicht verwehren, daß zu dem den Inhalt bildenden gefühlsbetonten Ereignis als auslösende Ursache die vorher bestehende Kenntnis vom Vorkommen von solchen Sinnestäuschungen hinzukommt. Ist die Erkrankte, wie hier, früher schon Krankenschwester gewesen, und hatte sie Gelegenheit, in einem

längeren Aufenthalt in einer Irrenanstalt halluzinierende Kranke kennen zu lernen, so ist es doch sehr wahrscheinlich, daß sie ihre Krankheit mit solchen selbstgesehenen Symptomen schmückt.

Es ist damit ausgeschlossen, daß in unserem Falle eine in Defekt ausgehende Psychose vorliegt, vielmehr handelt es sich um Geistesstörungen rein psychogener Natur; alles, was die Pat. erlebt hat, vor allem die am Schluß der Beobachtung noch besonders angeführten Daten des Todes des Bräutigams, der Tod der Mutter, körperliche Leiden sind von einer solch intensiven Störung des Affektgleichgewichts begleitet, daß Arbeitsunfähigkeit und schließlich die chronisch gewordene Schwäche gegen das eigene Ich eingetreten ist, die sich zuerst in eigensinnigem Widerstand, in geradezu infamer Zerstörung von allen möglichen Gebrauchsgegenständen, überhaupt in einer so widerstrebenden Reaktion auf äußere Einflüsse, selbst auf gütlichen Zuspruch, äußert, daß Urteile, wie „verlogene, bösartige, intrigante Person" über sie ergehen. Wir haben es mit einer zweifellos degenerierten Persönlichkeit zu tun, die in ihrer Handlungsweise, ja überhaupt im Krankheitsbild, an jene eigenartigen Zustände erinnert, die *Bonhöffer* folgendermaßen beschreibt: „Hier sehen wir unter dem Eindruck affektbetonter Erlebnisse oder einer durch längere Zeit hindurch affektbetonten Situation, in der das Individuum lebt, krankhafte Eigenbeziehung, positive und negative Erinnerungsfälschung, Beeinträchtigungsideen im Sinne der überwertig gewordenen Idee sich entwickeln." Tatsächlich finden wir diese Erscheinungen bei unserer Kranken, z. B. weiß sie nichts mehr davon, daß sie Einrichtungsgegenstände demoliert hat (in der Krankengeschichte heißt es: „Sie tut, als wisse sie von alledem nichts"), ferner können wir uns so auch das Verlogene und Intrigante ihres Wesens erklären: sie fühlt sich beeinträchtigt, indem sie z. B. einmal erklärte, als Ref. sich nach dem ungenügend aufgenommenen Essen erkundigte, jetzt werfe man ihr auch das noch vor. Auch das Schlußurteil *Bonhöffer*s über solche Kranke, es ergebe sich bei ihnen die Neigung zum Rechthaberischen, Selbstgerechten und Unbelehrbaren, sie bleiben lediglich schwierige und unerfreuliche Elemente innerhalb ihrer engeren sozialen Gemeinschaft, stimmt auf die Kranke genau; sie stieß überall auf Widerstand: als Schwester, in der Irrenanstalt, aber auch in den dazwischen liegenden freien Zeiten bei den eigenen Verwandten und



Bekannten. Doch scheint mir ihre Krankheit nicht so herausgeschält zu sein, wie diese degenerativ paranoische Psychose *Bonhöffer*s, sondern es zeigen sich vielfache Übergänge und richtige Anzeichen der schweren Hysterie bei der Pat. Dahin rechne ich den Gedanken der Ableitung der Krankheit, daß ihr nämlich bei der Operation eines Syphiliskranken etwas ins Auge gespritzt ist, dann die bleibende Neigung, körperlich krank zu sein (so die ganz bestimmt psychogenen, jeder Therapie trotzenden, sich schließlich wieder von selbst verlierenden Urinbeschwerden der Pat.); dann daß es ihr zeitweise nicht möglich war zu essen, wohl aber sich selbst mit der Sonde zu ernähren und schließlich die stets vorhandene hochgradige Beeinflußbarkeit ihres Zustandes — man möge nicht das Unbelehrbare, was ich oben von ihr sagte, und was sich auf den Inhalt ihrer Halluzinationen bezieht, damit verwechseln — bei geeigneter psychischer Behandlung; man durfte ihr nur sagen: „Sie sind krank, sogar schwer krank und müssen sich in acht nehmen, daß Sie wieder vorwärts kommen", so war sie dadurch zu gewinnen, und man konnte ihr einzelne ihrer Gewohnheiten in mühsamer, lange dauernder Behandlung abgewöhnen, sie wieder mit anderen und mit einer vernünftigen Arbeit zusammenbringen. Es soll nicht bestritten werden, daß diese Suggestion zeitweise erschwert war, das lag an den Verstimmungszuständen, die die Pat. öfters auf äußere Anlässe hin bekam, sie sind in der Krankengeschichte erwähnt und wechseln mit Zeiten mehr übermütiger Laune; aus einer derselben stammt das Gedicht über die Sondenernährung, eine Leistung, wie wir sie nur von einer hysterischen Person erwarten können, und die darauf hinweist, daß hier eine eigentlich halluzinatorische und zur Demenz führende Erkrankung nicht vorliegt, sondern eine psychogene Erkrankung, die Auffassung und Beobachtungsgabe, Kombination und Urteil ungeschädigt läßt. Auch muß darauf Wert gelegt werden, daß die Verstimmungszustände nicht endogen, sondern an äußere Anlässe anknüpfend aufgetreten sind, danach allerdings meist recht lange andauerten: die einmal aufgetretenen unangenehmen Affekte wurden nicht überwunden. Warum, mag man schließlich fragen, trotzt diese Hysterie aller Behandlung, warum hält sie jahrelang mit nur ganz langsam nachlassender Heftigkeit an? Ich glaube, das bestätigt die vorangehenden Ausführungen, wir haben ja zeigen können, daß die Krankheit durch Psycho-Therapie günstig zu beein-



flussen, besserungsfähig ist. Daß sich der Zustand nie ganz abwenden läßt, daß es immer wieder zu Zusammenstößen und zu Rückfällen kommen muß, beruht auf der schwer degenerativen Basis, die zugrunde liegt, nach deren Intensität wir überhaupt die Prognose einer Hysterie stellen müssen: Sie verhält sich umgekehrt proportional zur Heilungsfähigkeit der Erkrankung.

Über die Ätiologie etwas Bestimmtes zu erfahren, war mir nicht möglich, es steht nach der von der Kranken selbst gegebenen Anamnese fest, daß beim Tod des Bräutigams, in dem 18. Lebensjahre der Pat., eine erste ähnliche Erkrankung ausgebrochen ist, über die wir nichts Näheres erfahren, da Pat. nicht in ärztlicher Behandlung war, die aber im neu ergriffenen Schwesternberuf eine Heilung fand, um später wieder in der erwähnten Art auszubrechen. Es ist nicht besonders schwer, im Rückblick auf die lange Krankheit eine Diagnose zu stellen, vor allem die nicht eingetretene Verblödung zu benutzen, um eine Dementia praecox auszuschließen. Aber es frägt sich, war es möglich, schon im Anfang die richtige Diagnose zu stellen? Sie lautete ja auf schwere Hysterie, und das ist sie geblieben. Die Beantwortung dieser Frage muß ich zunächst offen lassen, sie wird uns in den Schlußbetrachtungen beschäftigen, immerhin zweifle ich für diese Kranke nicht daran, daß die richtige Diagnose möglich war, da eben die Zeichen einer anderen Psychose eigentlich von Anfang an gefehlt haben.

Zum Schluß muß ich darauf hinweisen, wie nahe verwandt das Bild dieser Erkrankung ist mit Krankheitsformen, wie sie eben *Bonhöffer* beschrieben hat, wie sie auch *Birnbaum* behandelt hat. Von letzteren schrieb dann *Bleuler*, daß er sie der Dementia praecox zurechnet, denn „das einzige Kriterium wäre die Konstanz der Erhaltung der Intelligenz, während die Dementia praecox in vielleicht einem Drittel der Fälle die charakteristische Demenz auch dem oberflächlichen Beobachter enthüllt". Wir können unseren Fall aber nicht als Dementia praecox bezeichnen. Er ist den *Birnbaum*schen gegenüber sozusagen ins Weibliche übersetzt, wobei die von *Birnbaum* so sehr hervorgehobene Verwandtschaft solcher Erkrankungen mit hysterischen sich noch feiner herausschafft. Wo jene Männer — und wir beobachten zurzeit hier auch solche Kranke — aus jedem geringen Anlaß Mitkranken, dem Arzt und Personal einen Strick zu drehen



suchen, alles ausprobieren, um irgendwie intrigant oder schädigend zu wirken und bei jeder Gelegenheit ihren eigenen Kopf durchgesetzt haben wollen, da finden wir in unserer Krankengeschichte, daß die Pat. jede Gelegenheit, bei der sie etwas freier gehalten wird, dazu benützt, um Bosheiten anzustellen, besonders, was recht unangenehm auffällt, andere hilflosere Kranke heimtückisch zu plagen. Jedenfalls aber stimmt das — und das hoffe ich genügend hervorgehoben zu haben — ganz mit den Aufstellungen *Birnbaums* überein, daß es bei unserer Kranken keine Krankheitsperiode, kein Krankheitssymptom gab, das nicht auf eine äußere, psychisch erregende Ursache zurückgeführt werden konnte, und da in der letzten Zeit bei ihr nichts Besonderes, größere Unlustgefühle Hervorrufendes vorgefallen ist, so hat sich bei jeder noch so kleinen Verletzung ihres labilen Gemüts immer wieder derselbe sonderbare, exquisit psychogen entstandene Wahn von ihren verstorbenen Patienten, die sie nicht essen lassen, herausgebildet. Gegen die Dementia praecox kann man also eine scharfe Grenze ziehen, von der Hysterie diese psychogen degenerative Erkrankungsform zu scheiden, fällt viel schwerer und mag oft unmöglich sein.

V. P. D., geboren März 1891. Eintritt November 1912. Bei der ganz im Beginn ihrer Erkrankung stehenden Pat. will ich in der Darstellung der Krankengeschichte etwas ausführlicher verfahren, da ich die Kranke selbst zurzeit in Beobachtung habe.

Bericht des einliefernden Krankenhauses: Keine Erblichkeit. Frühjahr des Jahres Geburt mit Dammriß.

Sie war eine mittelgute Schülerin, gutmütig, nicht religiös. Bei einem Wirt in Stellung, dem ihr gedrücktes Wesen, ihre geringe Arbeitslust, die öfters geäußerten Selbstmordgedanken auffielen. Eines Tages sei sie plötzlich fortgelaufen, sie wurde dann von der Polizei aufgegriffen, als sie sich ins Wasser stürzen wollte. Gibt an, daß sie damals schon Stimmen hörte. Körperlich: gesteigerte Patellarreflexe, etwas beschleunigte Herztätigkeit, Menstruation unregelmäßig. Psychisch: Gedrückte Stimmung, hin und wieder heiter, zeitweise etwas erregt, Selbstbeschädigung, Fluchen und Schimpfen. Kein Krankheitsgefühl. Hört nachts Stimmen. Absurde Gesichtshalluzinationen: Eine Hexe mit einer Flasche Salzsäure steht vor ihrem Bett, auf der Flasche stand: Schwanenapotheke Frankfurt. Nahrungsaufnahme ab und zu mangelhaft, Pat. ist über die Zeit nicht genau orientiert. Diagnose: Dementia praecox.

27. XI. 12. Bei der Aufnahme in die hiesige Anstalt verhält sich die Kranke ganz ruhig, gibt sinngemäß Antwort, gibt Geburtstag und Ort

richtig an, glaubt nicht krank zu sein. Pat. war in der ersten Nacht unruhig, suchte sich selbst zu beschädigen. Tagüber weint sie in ihre Kissen hinein, stiert vor sich hin, gibt auf Befragen Auskunft und erzählt ihren Lebenslauf: nach der Schule sei sie in einen Dienst gegangen, u. a. in H., dort habe sie von einem Kellner ein Kind bekommen, sie sei von ihrem Liebhaber verlassen worden und sei deshalb besonders nach der Entbindung sehr aufgeregt geworden, aber noch nicht so sehr wie jetzt; Anfang Oktober des Jahres sei sie in S. plötzlich aus ihrem Geschäft weggelaufen, um ins Wasser zu gehen, auf der Brücke seien so viele Leute gewesen, da wollte sie warten, bis diese fort waren, und sie habe sich daher auf eine Bank gesetzt; gerade als sie dann ins Wasser wollte, sei sie von einem Schutzmann gepackt worden; es sei nicht allein die Treulosigkeit ihres Liebhabers und die Geburt gewesen, sie habe noch andere Gründe gehabt, weshalb sie ihrem Leben ein Ende machen wollte, die sie nicht sagen wolle; sie habe von zu Hause Vorwürfe bekommen, der Gedanke an ihr Kind habe sie eher zurückgehalten von der Tat. Sie habe keine Ruhe, es treibe sie etwas um, wisse aber nicht was; ein Zuchthäusler, welcher etwas angestellt habe, wisse doch, was ihn umtreibe; sie sei gar nicht mehr wie früher, früher sei sie so lustig gewesen, „der Dreck auf der Straße habe sie gefreut“, ihr Lehrer habe recht gehabt, der sagte, wenn sie nur nicht später einmal soviel weinen müsse, als sie jetzt lache. In der letzten Zeit vor dem Selbstmordversuch habe sie auch nicht mehr recht schlafen können, sie habe sich abends mit den Kleidern stets ins Bett gelegt. Auf wiederholte Frage nach anderen Gründen ihrer Verzweiflung sagt Pat. endlich, daß sie auch geschlechtlich angesteckt worden sei. Auf die Frage, ob sie jetzt krank sei, sagt Pat., das wird nicht mehr besser. Schmerzen will die Kranke keine haben, es sei ihr aber so dumm im Kopf, so „dippelig“.

Aus dem körperlichen Befund ist die Sensibilitätsprüfung von Wichtigkeit: die Berührungs- und Schmerzempfindung sind ebenso wie Lage- und Temperatursinn sehr scharf ausgebildet, auch feinste Versuche werden richtig angegeben, dagegen sind die Korneal-, Gaumen- und Fußsohlenreflexe nicht vorhanden. Ferner finden sich Kratznarben an der Stirne, Bißnarben an der Hand.

3. XII. 12. Die Kranke liegt meist unter der Decke versteckt, das Gesicht in die Kissen drückend und spricht viel dabei vor sich hin; manchmal fährt sie ganz plötzlich in höchster zorniger Erregung auf, schimpft heftig und fängt an zu wüten, meist gegen sich selbst, rauft sich die Haare aus, beißt sich in die Finger, schlägt den Kopf gegen die Bettstelle. Für gütliches Zusprechen ist sie empfänglich und dann auch wohlauf; häufig ist sie aber nur durch eine feuchte Einpackung, zu deren Applikation 5 bis 6 Wärterinnen nötig sind, ruhig zu stellen. Ist der Wutanfall vorbei, so kann sie wieder ganz manierlich sein.

7. XII. 12. Ist mit dem Kopf gegen eine Türscheibe gerannt und hat diese zertrümmert.



12. XII. 12. Tägliche Wutanfälle, hat sich gebissen und Haare ausgerissen.

13. XII. 12. Machte einen Selbstmordversuch mit einem Taschentuch, wurde aber vom Wartepersonal rechtzeitig daran verhindert.

27. XII. 12. Anlässe zu den Wutanfällen sind teils ihre eigenen unliebsamen Erinnerungen, die Untreue des Liebhabers usw., teils sind es auch äußere Anlässe seitens Mitkranker; einmal geriet sie in Wut, als der Arzt nach ihr sah und sie anredete, als sie unter der Decke versteckt lag. Bei diesem letztgenannten Anfall trat nach erfolgter Einpackung und nach einigen Tropfen Opiumtinktur mit dem Bemerken, daß dies ein Beruhigungsmittel sei, sofortige Beruhigung ein. Bei den Selbstbeschädigungen, insbesondere auch bei dem Sichselbstbeißen, ist keine erhebliche Beschädigung der Kranken erfolgt.

29. XII. 12. Während des Mittagessens erneuter Erdrosselungsversuch.

3. I. 13. Pat. lag gestern fast den ganzen Tag unter ihrer Decke versteckt, stark schwitzend. Bei der Abendvisite kam sie hervor und gab wie sonst die Hand, dann fing sie gleich von selbst an zu erzählen, das gehe nicht, daß sie der Doktor E. nachts einspritze, daß sie ganz dipplig sei, den ganzen Tag sei sie im Kopf benommen. Auch haben ihr Leute, die sie nicht kenne, schon Gift ins Essen getan und ihr Salzsäure eingegeben, ferner höre sie auch Stimmen, die von oben, sie könnte es nicht genau beschreiben, zu ihr sprechen würden. Der Einwand, sie habe so etwas wohl von anderen Kranken sagen hören, daß sie auf Stimmen hören, wird bestritten.

4. I. 13. Gestern abend kam ein Mann mit einem Messer zu ihr, dem sie nachging, als er sich, ohne ihr etwas getan zu haben, entfernte. Sie gab an, solche Erscheinungen bis jetzt immer nur bei Nacht gehabt zu haben. Hilft bei der Saalreinigung, ist im Garten gewesen, sieht dabei freier aus, hat nicht mehr das rote, kongestionierte Gesicht und den aufgeregten Blick.

5. I. 13. Zeigt sich in einem gewissen Grade der Suggestion zugänglich: Jedesmal, wenn Ref. sie ausdrücklich gebeten hat, sich ruhig zu verhalten, und sich auf das Vertrauen berufen hat, das man ihr schenke, wenn man sie in ihrer schweren Krankheit in den Garten gehen lasse, ist nichts Auffälliges von seiten der Pat. geschehen. Beobachtung der Umgebung und Aufmerksamkeit, selbst auf nebensächliche Kleinigkeiten, sind bei der Pat. sehr scharf, Gedächtnis und Urteil sind ungestört, die Gefühlsbetonung zeigt keine Lücken. In den ruhigen Zeiten wechselt Arbeitsdrang mit Momenten von mehr kindlicher Heiterkeit und Neigung zu dummen Streichen, über deren Gelingen sie sich sehr freut.

8. 1. 13. Vormittags 11 Uhr in Anwesenheit des Ref. wieder ein Wutanfall mit Schweißausbruch, Augenrollen, heftiger Agitation und Selbstbeschädigungstrieb. Auf Spritzen mit kaltem Wasser nur geringe Bes-



serung bemerkbar. Sagt nachher: „Sie sehe ein, sie habe sich selbst krank gemacht, in ihrer früheren Stellung habe sie abends vor dem Schlafengehen noch stundenlang geweint.

11. I. 13. Gegen Abend mißgestimmt, droht mit Fensterhinausschlagen und sollte daher ins Bett gehen. Darüber war sie nun erst recht erbost, warf das Abendessen weg und bekam kurz darauf einen der bekannten Anfälle, nach dessen Aufhören diesmal aber die Affektentladung noch nicht beendet war. Pat. blieb sehr zornig, sagte, warum sie ihr Kind damals in S. nicht dagehabt hätte, und warum der Schutzmann sie hätte aufhalten müssen, sonst wäre doch schon alles aus! Sie warf sich nun noch in der Einpackung aus dem Bett. Den nächsten Morgen war sie wieder völlig beruhigt.

13. I. 13. Nachts hat sie bis jetzt nie einen Anfall gehabt. Sagt heute, sie gebe sich Mühe, ihre Wut zu unterdrücken, aber es gehe eben nicht immer. Hat den Urin lange Zeit zurückgehalten, damit die Blase platze. Erklärt, nicht mehr essen zu wollen, weil sie an Gewicht zugenommen hat, und sie will nicht dick werden.

14. I. 13. Droht, heute Nacht etwas anstellen zu wollen, wenn die eine Wärterin auf dem Rundgang sei und nur eine die Wache habe, da gehe es gut. Das ganze Gebahren zeigt etwas Demonstratives. Suggestivem Zureden vielfach zugänglich, nur wenn ein Wutanfall bevorsteht und sie sich schon in einem Zustand von Bewußtseinstrübung befindet, nicht mehr, doch fällt auch dann immer wieder auf, wie wenig sie sich in ihrer Abwehr gegen den Arzt wendet. und wie energisch sie sich gegen das Personal sträubt.

17. I. 13. Gelegentlich ärgert sie sich über Mitkranke, gegen die sie dann tätlich wird, so hat sie eine Kranke, die einer Wärterin etwas genommen hatte, wobei Pat. selbst in starken Verdacht gekommen war, nach Aufklärung der Tatsachen geschlagen und an den Haaren gezogen. Wenn sie Zeitung liest, so liest sie nur Liebes-, Mord- und Selbstmordgeschichten, andere Sachen interessieren sie nicht. Schreibt einen Brief an ihren Bruder: „Im Auftrag unserer Fräulein Oberwärterin fühle ich mich genötigt, Dir einige Zeilen zu schreiben. Denn ich habe eine herzliche Bitte an Dich zu richten, welche mich sehr freuen würde, wenn Du mir dieselbe erfüllen könntest, da ich hier genügend Zeit habe und meinem Kinde etwas machen will, möchte ich Dich bitten, ob Du mir nicht einige Mark schicken könntest, da ich nichts hier habe, es geht mir sehr gut.“

Am 19. I. wurde die Pat. aus dem Wachsaal auf eine ruhige Sonderabteilung verlegt, vor allem, um zu versuchen, ob eine ruhige Umgebung die Pat. selbst mehr zur Ruhe bringe, denn man hatte den Eindruck, daß der Aufenthalt unter aufgeregten Geisteskranken ihren Zustand verschlimmerte und gerne zu demonstrativen Szenen führte, denen jetzt der Boden entzogen werden sollte. Auch schlug sie Kranke, die die Nachtruhe störten, oft unbarmherzig.



21. I. 13. Hat sich ziemlich energisch in den Vorderarm gebissen über der Radialis. Auf energischen Vorhalt wird sie ganz kleinlaut und verspricht, so etwas nicht mehr zu machen. Sie bittet nachher noch wiederholt den Arzt von sich aus um Entschuldigung. Über ihre Verstimmungszustände gibt sie an. sie könne nichts dafür, und könne manchmal nicht darüber Herr werden, wenn sie sich auch noch so sehr zusammennehme.

25. I. 13. Ißt ganz ungenügend, versuchte gestern beim Verbinden ihrer Armwunde aus einer danebenstehenden Benzinflasche zu trinken; auf den Ruf: „Lassen Sie das, es ist ja nur Benzin!" gab sie die Flasche sofort aus der Hand. Von Religion will sie nichts wissen: eine Tasse Kaffee und ein paar Zigaretten seien ihr lieber, als in die Kirche zu gehen. Ärgert sich, daß man sie darüber vor andern Kranken frage. Seit sie auf der Sonderabteilung schläft, hat sie nicht einen einzigen der früher täglich, ja, oft zwei- bis dreimal am Tag auftretenden demonstrativen Wutanfälle gehabt und überhaupt ein etwas ruhigeres Verhalten an den Tag gelegt, wenn sie auch jede Gelegenheit, die ihr durch die freiere Behandlung gegeben ist, benützt, um irgend etwas anzustellen.

28. I. 13. Nach wie vor ist sie sehr reizbar, aber stets für Suggestivbehandlung zugänglich. Während der allgemeinen Visite brach sie gestern in ein lautes, zorniges Heulen aus, suchte, solange Ärzte in der Nähe waren, Selbstbeschädigungen auszuführen.

2. II. 13. Manchmal wisse sie nicht, warum sie so heule, manchmal aber müsse sie an frühere Erlebnisse denken. Dieses Heulen ist durchdringend laut und monoton. Dasselbe Heulen, zum Verwechseln ähnlich, zeigt eine andere hebephrenische Kranke.

4. II. 13. War wiederholt gegen sich und andere gewalttätig, soweit es sich verfolgen ließ, mit äußerer Motivierung. Erzählt heute Ref., daß sie jetzt gar kein solches Interesse mehr an ihrem Kinde hätte, es gehe ihr gar nichts mehr nahe, das sei vor einigen Wochen noch anders gewesen, und wie sie noch in S. gewesen sei, hätte sie geradezu Heimweh nach dem Kinde gehabt. Hat auch die Handarbeiten, die sie für ihr Kind begonnen hatte, teilweise wieder in sinnloser Weise kaput gemacht. Der Schlaf ist unterschiedlich, die Nahrungsaufnahme schlecht, Pat. will schlanker werden.

14. II. 13. Schreibt einen in der Form sehr gut gehaltenen Brief, aus dem folgendes zu entnehmen ist: „Entschuldigt, weil ich Euch nun so lange nicht geschrieben habe, denn meine Nerven waren noch manchesmal etwas erregt. Es steht zur Zeit etwas besser."

19. II. 13. Hatte eine Zeitlang die Unsitte angefangen, alles, was sie gegessen hatte, wieder zu erbrechen. Dies Erbrechen erfolgte anscheinend mit energischer Kunsthilfe und nur, wenn niemand dabei war. Auch sonstige, leichtere Selbstbeschädigungen, wie Kratzen, Haareausreißen, kommen immer wieder vor. Dazwischen hat Pat. ganz erheblich freiere Zeiten, wo sie ordentlich Auskunft gibt und sich auch gerne etwas



ermahnen läßt. Irgendwelche Spannungserscheinungen, Negativismus und Mutazismus sind nie beobachtet worden, nur gelegentlich anscheinend unmotivierter Stimmungswechsel, ferner Demonstration ihres Benehmens, hochgradige Reizbarkeit und eine nicht geringe Beeinflußbarkeit, wenn auch manchmal ohne nachhaltigen Erfolg. Das unheimliche Heulen hat ganz aufgehört. Wutanfälle hat sie in letzter Zeit nie mehr gehabt, ebenso keine Halluzinationen mehr.

Die Kranke wurde hier mit der Diagnose „Dementia praecox" eingeliefert, nachdem der Eintritt der Psychose im 21. Lebensjahr ohne einen direkten äußeren Anlaß mit geringer Arbeitslust, gedrücktem Wesen und öfters geäußerten Selbstmordgedanken begonnen hatte. Außerdem wurden Halluzinationen berichtet, deren Inhalt uns dem verwandt erscheint, was wir oben als psychogene Halluzination kennen gelernt haben (Hexe mit der Salzsäureflasche). Sehr ergiebig war unsere Anamnese: Früher ein sehr aufgewecktes und fröhliches Mädchen, das rasch mit der Welt in Berührung kam und sie von ihrer vermeintlich schönsten, bald aber von der trübsten Seite kennen lernte. Die Freiheit ihres Berufs bringt alle Verführungen mit sich, sie genießt, und wie mit einem Male steht alles Unglück vor der Türe: der Liebhaber verläßt sie, als er sieht, daß sie schwanger ist, außerdem ist sie geschlechtlich angesteckt, die Entbindung war schwer, und schon damals sei die Kranke sehr aufgeregt gewesen. Man muß vor allem beachten, daß die jetzige Erkrankung nicht akut auf die verschiedenen affektiv sehr wirksamen Ereignisse erfolgt ist, sondern etwa ein halbes Jahr später, ganz genau läßt es sich nicht feststellen, da sie langsam mit Schlaflosigkeit und gedrückter Stimmung begonnen hat. Deshalb konnte sie offenbar nicht mehr arbeiten und fiel der Umgebung auf. Es ist äußerst sonderbar, daß als Äußerung der Krankheit sofort Selbstmorddrohung und Selbstmordversuch sich zeigen, die beide die Tendenz haben, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Schließlich beantwortet sie die Frage nach ihrer Krankheit mit der charakteristischen Antwort, das werde nicht mehr besser, sie sei so dumm im Kopfe: also *wieder ein gewisses Gefühl für die krankhafte Änderung ihrer Psyche*. Körperlich sind keine Sensibilitätsstörungen zu verzeichnen, außer dem Fehlen der sensiblen Reflexe, was wir nicht zu hoch veranschlagen wollen. Die Schilderung von ihrem Benehmen in der Anstalt, das vom ersten Tag an bis heute einen gewissen gemeinsamen Zug an sich trägt



ist so typisch, der Anblick eines derartigen Wutanfalls, wie sie sie in den ersten Monaten so oft bekam, so charakteristisch, daß man ohne Kenntnis der Anamnese und des Krankheitseintritts nichts anderes sagen kann, als wir haben das Zustandsbild schwerer Hysterie vor uns. Die fortgesetzten Selbstbeschädigungen, das ganze demonstrative Gebahren — bekommt sie doch ihre Wutanfälle fast ausschließlich in Anwesenheit des Arztes —, ferner die Sinnestäuschungen (der Mann mit dem Messer, die nächtliche Einspritzung, die Salzsäure, die ihr eingegeben wird), die sich immer nur hypnagog, um das Einschlafen herum, einstellen, passen vortrefflich zu diesem Bild. Auch diese Zeit ist für die psychogene Sinnestäuschung charakteristisch, organisch bedingte werden natürlich zu jeder Zeit sich einstellen, während die aus bestimmten Affekten heraus entspringenden sich einstellen, wenn das viele Denken auftritt, und das ist für aufgeregte Menschen abends vor dem Schlafen. Auch bei dieser Patientin sehen wir immer und immer wieder, daß sie selbst zu ihrer Krankheit Stellung nimmt und dieselbe zu beurteilen vermag; nirgends findet sich eine Spur von den Beteuerungen geistiger Gesundheit, wie wir sie so oft und fast bei allen Psychosen antreffen: „Sie sieht ein, daß sie sich selbst krank gemacht hat.“ Und merkwürdig ist es, so sehr die Kranke ihre Wutanfälle usw. als hochgradige Aufregung anerkennt, wie wenig der Wille, diese Erscheinungen zu unterdrücken, zum Durchbruch kommt, man kann es manchmal feststellen, daß sie sich Mühe gibt, und doch gelingt es nicht. Es tritt hier die Bestätigung von *Bonhöffer*s Satz ein, daß das Durchschimmern einer bestimmten Willensrichtung ein Charakteristikum all dieser Krankheitserscheinungen ist. Diese Willensrichtung kennzeichnet sich hier in dem Sichgefallen in derartigen Auftritten, die sich irgendwie im Krankheitsverlauf äußern, aber immer so, daß sie sich an gegebene Verhältnisse und einigermaßen unschädliche Möglichkeiten halten. Aufs schlagendste wird es durch das Experiment bewiesen: die recht aufgeregte Kranke, die auf der ganzen Abteilung als eine der schwierigsten Patientinnen gilt, ward aus dem Wachsaal in ein ruhiges Zimmer ohne Nachtwache gelegt, und von dem Augenblick an zeigte sich nicht ein einziger derartiger Wutanfall mehr, der ihr einfach durch diese Verlegung unmöglich gemacht wurde. Daß an Stelle der Wutanfälle andere Erscheinungen treten werden, war zu erwarten. Ich habe

Wechsel der Krankheitserscheinungen, Beobachtung vom 1. I. – 28. II. 1913.

vorstehende Zusammenstellung gemacht, die zeigt, auf was für Einfälle eine solche Kranke kommen kann: Die Nahrungsaufnahme, die mit der Feststellung einer erheblichen Körpergewichtszunahme schlecht wurde, wird jetzt weniger kontrolliert und wird schlechter, bei gelegentlichem, zu großem Hunger schafft die Kranke sich anderweitig Ersatz. Dann ahmt sie das Heulen einer anderen Kranken nach, fängt mit Erbrechen an, setzt sich ins Gitter vors Fenster, macht allerlei Selbstbeschädigungen, alles periodenweise, oft eines das andere ablösend. Neben diesen typisch psychogenen Erscheinungen geht manches andere einher: sie sieht die Zeitungen nur auf Liebesromane, Gerichts- und Mordaffären durch, alles andere interessiert sie nicht, und das erzählt sie mit einer Selbstverständlichkeit, wie sie die Drohung früher ausgesprochen hat, daß sie etwas anstellen werde, sobald nur eine Nachtwache im Saal sei usw., alles Dinge, die man nicht genug mißachten konnte, um nicht den Anschein zu erwecken, daß man sich darum ängstige. Ähnliche Äußerungen finden sich mehrere in der Krankengeschichte, dagegen scheint es abweichend davon, wenn sie auf einmal erzählt, sie habe gar kein solches Interesse mehr an ihrem Kind, doch auch hier bin ich nicht sicher, ob sie nicht eine ähnliche, an eine andere Kranke gerichtete Frage einmal gehört und verwertet hat. War es doch überhaupt schwer, der Kranken irgend etwas entgehen zu lassen, da sie auf alles aufmerksam war und ihre Auffassung wie ihre nachherigen Urteile keine Beeinträchtigung zeigen. Einen der üblichen Fragebogen hat sie bei geringen Kenntnissen ordentlich, wenn auch mit Mühe, ausgefüllt.

Überschauen wir dieses Krankheitsbild, so stimmt der Beginn und das Alter ganz mit dem bei Hebephrenie üblichen zusammen: kein unmittelbarer Anlaß, initiale Depression, aber alles, was nachher kommt, ist psychogen. Wenn wir die mitunter unberechenbaren Stimmungswechsel, die von ihr angegebene Interesselosigkeit und die verhältnismäßig große Mühe, die ihr die Ausfüllung eines Fragebogens bereitet, nicht zu hoch in Rechnung stellen, sind es doch Erscheinungen, die auch bei einer rein hysterischen, etwas ungebildeten Person auftreten können. Damit bleibt nur die symptomatische Diagnose: schwere Hysterie. Es muß uns schwer fallen, diese Diagnose, mit der der Hebephrenie, wie sie vom einliefernden Spital gestellt wurde, zu vertauschen. Allein da kommt die klinische Erfahrung in Betracht,



die uns lehrt, daß hysterische Symptome und Symptomenkomplexe einleitend oft die schwere, dahinter verborgene Hebephrenie nicht erkennen lassen, ja, sie sozusagen mit einem besseren Gesicht darstellen, das häufig über schon eingetretene Defekte hinwegzutäuschen vermag. Offenbar verdeckt der starke hysterische Affekt die durch die Hebephrenie geschwächten, früher gesunden Affekte und kann so die dem Hysterikus eigenen, den Hebephrenischen geradezu entgegengesetzten Eigenschaften der starken Affektivität und starken Beeinflußbarkeit lange als Kardinalsymptome bestehen lassen. Wenn wir das annehmen, so müssen wir eine Kranke, die uns vielleicht durch die verhältnismäßig gute Lenksamkeit und die Mühe, mit der sie ihrer Krankheitserscheinungen Herr zu werden suchte, angenehm und für unsere psychische Behandlung zugänglich schien, in das Reich einer Krankheit verweisen, die uns nichts Gutes mehr hoffen läßt. Dieses diagnostische Todesurteil ist nur mit größter Vorsicht zu fällen, doch nie aus den Erwägungen zu streichen, um sich eine Enttäuschung zu ersparen.

In der Behandlung kann man den Kranken n vielem nützlich sein, indem man sich um ihre pathologischen Eigenschaften nicht zu sehr kümmert und sie oft und intensiv zur Arbeit und Ordnung ermahnt. An Arbeitslust fehlt es nicht, nur die Ordnungsliebe wird durch den merkwürdigen Eigensinn, der mit großer Reizbarkeit verknüpft ist, oft durchbrochen, und da dürfen auch energische Worte nicht gespart werden. Die Patienten reagieren darauf viel intensiver als auf freundliche Ermahnungen. Letztere muß man natürlich auch übrig haben, darf vor allem nie des Kranken Gebahren für gemacht halten, sondern im Gegenteil ihn auf die Krankhaftigkeit seines Benehmens hinweisen und ihm Hilfe versprechen, soweit es möglich ist, wenn er sich selbst die nötige Mühe gibt. Auf diese Art gelingt es, die Kranken längere Zeit nützlich zu erhalten, sie selbst von dem Nachdenken über ihre Vergangenheit und ihre zukünftigen Geschicke abzubringen.

Wie wir uns das Entstehen der hysterischen Störungen in der Hebephrenie vorstellen, wird eine der Hauptfragen unseres Themas sein; begnügen sich doch fast alle Autoren damit, das häufige Vorkommen dieser Erscheinungen zu notieren und sie als Attribut der Hebephrenie zu verzeichnen.

Zur Aufstellung dieser Hauptfragen kann ich nun übergehen, sie lauten:



1. Wann und wodurch ist eine Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten möglich?

2. Gibt es Kombinationen zwischen den beiden Psychosen?

3. Wie verhalten sie sich im Verlauf und Endstadium zueinander?

Wenn ich die Diagnosen der fünf bearbeiteten Krankengeschichten wiederhole, so handelt es sich bei Fall 1 und 2 um hebephrenische Krankheitsbilder mit begleitenden hysterischen Symptomen während des ganzen Krankheitsverlaufs, bei Fall 3 um eine Hysterie, die ganz ausgesprochen katatone Symptome aufweist, bei Fall 4 um ein vorwiegend degenerativ-hysterisches Bild, das eine paranoische Erkrankung vortäuscht, und bei Fall 5 um eine hysterische Erkrankung, hinter deren stark hervortretenden Symptomen sich möglicherweise eine beginnende Hebephrenie birgt.

Die ganzen Darlegungen werden vor allem bei Fall 3, 4 und 5 die Schwierigkeit der richtigen Diagnosestellung sofort erkennen lassen, ja, ich glaube, andere Autoren würden die Fälle 3 und 4 wahrscheinlich anders gruppieren. *Nissl* gibt solche eigentliche, nicht komplizierte, hysterische Psychosen als Geisteskrankheiten degenerativen Charakters mit stuporösen, katatonischen Zustandsbildern zu, und zu ihnen muß ich meinen Fall 3 unbedingt stellen, aus Gründen, die ich reichlich auseinandergesetzt habe. Aber da Andere Spannungszustände als so dominierende Erscheinungen einer Erkrankung ansehen, daß sie derselben den Namen Katatonie geben, so werden sie unzufrieden sein, wenn man diese Symptome als Haupterscheinungen bei einer hysterischen Psychose beschreibt. Nachdem ich jedoch Negativismus, Mutazismus und Spannungserscheinungen schon bei fast allen Psychosen, vor allem auch bei der Paralyse, beobachtet habe, halte ich es für unzweckmäßig, eine Psychose Katatonie zu nennen, denn das bezeichnet tatsächlich einen Symptomenkomplex, bzw. ein Zustandsbild. Ich habe mich aber bemüht, *Nissls* Rat zu folgen und eine möglichst klinische Betrachtungsweise zugrunde gelegt, ohne dabei die Symptome als willkommene Unterstützungsmittel vor allem bei beginnender Psychose zu übersehen.



Und damit kommen wir auf den praktischen Kern der Frage, ist denn im Beginn der Erkrankung eine Diagnose überhaupt möglich? Die Literatur verhält sich dieser Frage gegenüber zum großen Teile schweigend, und wo man Auskunft erhält, lautet sie Nein. Wir haben oben in der Einleitung die Kennzeichen und Merkmale beider Erkrankungen kennen gelernt und sie scharf voneinander getrennt; sind sie also in ausreichendem Maße, d. h. in typischer Weise vorhanden, so wird die Diagnose leicht zu stellen sein. Das ist bei der Hebephrenie sicher der Fall, bei der Hysterie viel weniger, denn da treibt uns immer die Vermutung um, daß hinter der Hysterie doch etwas anderes steckt; soll doch eine rein hysterische Psychose eine Seltenheit sein. Ich habe jedoch Fälle als Beleg, wo der praktische Arzt eine hebephrenische Kranke als schwere Hysterie, wo umgekehrt eine Universitätsklinik eine schwer Hysterische als ziemlich vorgeschrittene Hebephrenie in die Anstalt geschickt hat.

Ersterer Fall, der mir kürzlich in die Hände kam, zeigt weitgehende Zerfahrenheit, dazwischen klare Momente, läppische Heiterkeit, erotische Neigungen und sinnlose Verstimmungen, Affektlosigkeit in Beziehung auf die eigene Person, auf die Umgebung und einen starken Defekt der kombinatorischen Leistungen. Die spontanen Äußerungen sind so durcheinandergehend, eine so wenig mit der andern zusammenhängend, daß ein verständlicher Sinn nicht herauskommt. Wenn dieses Krankheitsbild im Anfang vielleicht mit etwas geringerer Ausprägung, aber doch diesem Neben- und Durcheinander von Symptomen, dieser Mischung mehr klarer mit unvermittelt verwirrten Augenblicken auftritt, so liegt bei einem jungen Mädchen der Verdacht der „Übertreibung im Sinne der Hysterie" nahe, namentlich einem ungewohnten Beschauer nahe, und er macht die Diagnose der Hysterie, ehe er an etwas Ernsteres denkt. Anders der klinische Beobachter. Bekommt er eine Kranke in die Hände, die ein sinnloses Geschrei aufführt, zu Gewalttätigkeiten neigt, die Nahrung verweigert, dazwischen ein paar Tage mutazistisch ist und vielleicht ein paarmal grundlos lacht oder weint, so wird er seiner Erfahrung nach sagen, es handelt sich um einen katatonischen Erregungszustand bei im übrigen vorhandenener Indifferenz des Gemütslebens. Nun stellt sich im Verlauf der Erkrankung heraus, und die Kranke gesteht es selbst, daß sie simuliert hat, um einen bestimmten Zweck zu erreichen, und dasselbe Spiel wiederholt sich im Laufe der Zeit auf verschiedene äußere affektbetonte Anlässe hin, so war es eine Hysterie. Die Simulation ist hier keine willkürliche Annahme, ihr Vorkommen bildet ja auch in der Literatur Bestätigung, so berichtet *Kaiser*, daß Hysterische oft mit einem gewissen Raffinement simulieren. Und die gemütliche Abstumpfung



kann vorgetäuscht werden, wenn auch bei der letztgenannten Patientin anamnestisch beglaubigte Debilität die Annahme von einem Affektverlust noch wesentlich erleichterte. Die Kranke blieb sich in unserer nach Jahren zählenden Beobachtung völlig gleich, keinerlei Intelligenzabnahme bei häufigen Erregungs- und Verstimmungszuständen. Um noch etwas Licht in diese Art der Erkrankung zu werfen, brauche ich nur ein bekanntes Beispiel zu nennen: der junge hysterische Mediziner, der der Meinung lebt, er verfalle dem Jugendirresein. Was wir bei medizinisch nicht Gebildeten als die Furcht, unheilbar geisteskrank zu werden, kennen, das sehen wir hier, bei bestehendem Einblick, sich in bestimmter Richtung entwickeln; Voraussetzung ist natürlich, daß es sich wirklich um ein hysterisches Individumm handelt und nicht nur um die vage Hypochondrie. Ich kenne keinen derartigen Fall, aber ich könnte mir vorstellen, daß sich dabei Symptome so in Einzelheiten hinein gleich werden, daß man katatonische Zustandsbilder zu sehen bekommt, und damit hätten wir ja dann das gewünschte Resultat sozusagen künstlich gezüchtet.

Ähnlich geht es ja auch mit unseren Kranken 3 und 4. Es wurde darauf hingewiesen, daß die oft ziemlich getreu katatonisch erscheinende Patientin 3 Wärterin war und sich also dem gedachten Fall eng anschließt, ist doch auch bei ihr das ganze Denken unter den Affekt dieses einen Vorstellungskreises gebannt. Die Patientin 4 wurde als Hysterie diagnostiziert, eine Zustandsdiagnose, die vielfach mit der Dementia praecox wechselte, die man aber nach jahrelanger irrenärztlicher Beobachtung bestätigen kann. Also Irrtümer gerade genug! Man darf daraus niemand einen Vorwurf machen, denn im Hinblick auf unsere Kranke 5 möchte ich mich dahin erklären, daß eine sichere Diagnose noch nicht möglich ist. Einige Fehler werden sich immer vermeiden lassen, hoffen wir bald alle. Wir sind ja auf Symptome angewiesen und Symptome trügen; zu allem hin treffen wir beide Erkrankungen anscheinend kombiniert an. Und doch ist die Entscheidung wichtig, denn die Aussichten beider Krankheiten sind zu verschieden, und danach viele Möglichkeiten einer angemessenen Therapie. Wir können gewiß die katatonischen Erscheinungen unserer Kranken 3 durch feinere Beobachtung als psychogene herausschälen, wir können das auch mit den Halluzinationen der Patientin 4 tun und sehen dann, daß das nicht dieselben Erscheinungen sind, wie sie auf der einen Seite die Hebephrenie, auf der andern die Paranoia zu bieten pflegt, sondern ätiologisch, im Verlaufe und im Schlußbild sich als anders geartet zeigen; aber was die nachherige Betrachtung vermag, vermag die Frühdiagnostik häufig



nicht: die Ätiologie kann unerkennbar dieselbe sein, der Zustand sich vielleicht gar nicht unterscheiden lassen, und nur das Schlußbild bzw. der Verlauf enthüllen uns die wahre Natur der Krankheit. **Die Frühdiagnose der Hysterie kann durch pseudokatatone Symptome, durch wirkliche Simulation und durch die Möglichkeit einer Kombination verdeckt sein, die der Hebephrenie ebenfalls durch die Kombinationsmöglichkeit und ferner durch die Mannigfaltigkeit der Symptome, durch anscheinende Übertreibung.**

Damit komme ich auf die Kombinationsmöglichkeit zu sprechen, die bei allen unseren 5 Fällen zu erwägen war. Wir haben sie für Fall 1 und 2 angenommen, für Fall 5 als höchstwahrscheinlich bezeichnet, sie aber bei Fall 3 und 4 ausgeschlossen, weil die Symptome der einen Krankheit durch genaue Beobachtung, Verlauf und Ausgang sich als scheinbare gezeigt haben.

In der Literatur finden wir viel über die Frage der Kombination von Hysterie und Hebephrenie. So bemerkt *Nissl* folgendes: „*Kraepelin* nimmt in entschiedenster Weise gegen die Tendenz Stellung, Symptomenkomplexe, in denen ausgeprägte Krankheitszeichen zweier verschiedener Krankheitsbilder gleichzeitig zutage treten, ohne weiteres durch die Annahme zweier verschiedener gleichzeitig nebeneinander einhergehender Krankheitsprozesse erklären zu wollen.“ Ferner: „Ja, wenn man überlegt, daß die Komplikationen der Hysterie mit sogenannten Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten gegenüber den Komplikationen der Hysterie mit einfachen Seelenstörungen relativ selten beobachtet werden, so wird man ohne weiteres zugeben müssen, daß hier Bedenken — nämlich ob diese Symptome nicht Symptome der einfachen Seelenstörung sind — in noch viel höherem Grade und ganz besonders berechtigt sind.“ Ähnlich schreibt *Gaupp*: „Worauf es mir aber hier besonders ankommt, das ist, zu betonen, daß wir nicht eine Kombination zweier Krankheiten (Hysterie und Katatonie) vor uns haben, wenn Geisteskranke uns gleichzeitig hysterisch vorkommen, sondern eine Krankheit bei einem von Hause aus anders reagierenden Menschen, dessen Eigenart durch die Psychose nicht völlig verwischt, sondern teilweise erhalten, teilweise gewissermaßen karrikiert erscheint.“ Die Bücher bzw. Aufsätze von *Kraepelin* [1]), *Ziehen*, *Heß*, *Lückerath* und *Stransky* begnügen sich mit der

[1]) Auch im dritten Band der achten Auflage trennt *Kraepelin* solche Formen nicht besonders ab, sondern legt den Hauptwert bei der Differentialdiagnose auf die Aufdeckung bestimmter Symptome und einer charakteristischen Verlaufsform.



Feststellung des häufigen Vorkommens „hysteroider“ bzw. „hysteriformer“ Symptome bei Hebephrenie, vor allem in deren Anfangsstadium. Begründungen sind meist keine beigegeben, so daß man sich also mit der interessanten Tatsache abfinden soll. Etwas näher drückt sich *Kaiser* aus, wenn er sagt: „Übrigens läßt sich vom theoretischen Standpunkt aus eine psychogene Störung wohl mit einer katatonischen vereinigen. Wenn erstere in einer abnormen Beeinflußbarkeit durch Vorstellungen, letztere in einer Einengung des Vorstellungsschatzes beruht, so ist nicht einzusehen, warum nicht beides gleichzeitig vorhanden sein soll!“ Also glaubt *Kaiser*, daß gleichzeitig der psychische Ausdruck zweier Psychosen bei derselben Persönlichkeit vorhanden sein kann, oder er sieht diese Annahme wenigstens als theoretisch berechtigt an. Und *Nissl* erkennt die Kombination von Hysterie und einfachen Seelenstörungen an, „wenn man feststellen kann, daß diese Individuen bereits vor Ausbruch ihrer Psychose hysterisch waren und auch während derselben und nach ihrem Ablauf hysterisch geblieben sind.“ Es gibt für *Nissl* also eine Kombination, eine solche liegt aber nicht vor, wenn erst mit der Psychose selbst hysterische Züge auftreten. *Storch* erwiderte *Nissl* und schrieb: „Wenn hysterische Symptome bei einer jungen geisteskranken Frau vorkommen, so werde ich mich nur schwer davon abbringen lassen, daß das Symptom ein hysterisches ist und werde annehmen, daß die Psychose sich auf dem Boden eines hysterischen, also minderwertigen Gehirns entwickelt hat.“ Es kommt also auf eine Ansicht hinaus, wie wir sie oben von *Gaupp* gehört haben.

Die Vorsicht, mit der sich die Autoren ausdrücken, läßt vor allem die Scheu erkennen, eine kranke Person mit zwei Krankheitsdiagnosen zu behaften, wo doch unser ganzes medizinisches Streben darauf hinausgeht, alles einzelne zusammenzutragen zu einem Ganzen. Eine erneute Spaltung widerstrebt jedem, widerstrebt vor allem da, wo wir es mit zwei so umstrittenen und unsicheren Gebieten zu tun haben. Die Tatsache aber, daß die Hysterie eine Erkrankung darstellt, die von der leichtesten Andeutung bis zur schwersten Form entstehen und vergehen kann, ohne bleibende Spuren zu hinterlassen, und daß die Hebephrenie eine zum Verfall führende Geisteskrankheit ist, läßt vermuten, daß es sich gar nicht um zwei miteinander vergleichbare Pyschosen handelt. Man spricht von einer hysterischen Konstitution, von hysterischer Reaktion usw., d. h. doch: diese betreffende Psyche reagiert auf gewöhnliche Reize anders als eine gesunde. Der Reiz erscheint schon in viel geringerer Ausprägung verderblich für diese Psyche. Vergleichen wir mit dem Herzen: Ein schwaches oder krankhafte Anlagen zeigendes

Herz wird durch irgendein Gift gereizt; es reagiert mit einer Arythmie, es reagiert aber auch mit einer Arythmie, wenn irgendein krankhafter Prozeß einsetzt und sein Reizleitungssystem angreift, soll nun diese Arythmie als etwas anderes aufgefaßt werden? Ich glaube doch nicht, sondern sie bleibt eine Störung, die auf verschiedene Reize hin, auf angeborene Schwäche, auf Traumata in Gestalt von Giftwirkung oder in Gestalt einer organischen Erkrankung eintritt. Und mit der hysterischen Reaktion sollte es anders sein?[1])

Ich glaube, die Hauptschwierigkeit der Anerkennung einer kombinierten Psychose in unserem Sinne ist, daß man geneigt ist, Hysterie = Dementia hebephrenica = manisch-depressivem Irresein in der Art ihrer Gestaltung im Gehirn zu setzen, wie man fettige = bindegewebige = amyloide Entartung eines Organs setzen kann, wobei man sich sehr scheuen wird und mit Recht, eine Kombination zweier derartiger Krankheitsprozesse anzunehmen. Man muß aber fordern, daß die Hysterie den Prozessen, die den einfachen Seelenstörungen zugrunde liegen, nicht einfach koordiniert wird, sondern ihr ein Verhältnis zu diesen einräumen, wie wir es z. B. gerade beim Herzen zwischen Rhythmusstörung und Affektionen des Herzmuskels bestehen sehen. Gehen wir davon aus, so wird es uns leichter werden, diese komplizierten Krankheitsbilder, wie unsere Fälle 1, 2 und 5, die sich so namhaft von den üblichen Verlaufsformen der Hebephrenie unterscheiden, zu verstehen und ihnen eine gewisse Eigenstellung einzuräumen. Ja, wir dürfen dann versuchen, auf diesem Wege zu einer Erklärung des merkwürdig hysteroiden Beginns so mancher Jugendirreseinsfälle

[1]) Selbstverständlich soll dieser Vergleich nur so aufgefaßt werden, daß die Funktion eines Organes durch verschiedene Ursachen in derselben Weise beschädigt werden kann, und da ich dies für das Gehirn nirgends deutlich ausgesprochen finde, so habe ich das leicht verständliche Beispiel des Herzens herangezogen. Das Ziel dieser Vorstellungsweise scheint mir *Gaupp* auch auszusprechen, wenn er eine anatomische Grundlage der Hysterie im Sinne eines spezifischen Prozesses leugnet, während *Nissl* 1902 noch den Ausbau solcher anatomischer Forschungen für die Grundbedingung auch zur Hysterieforschung hält.

zu kommen. Rein psychologisch findet die Annahme einer Kombination ja keine ernsten Schwierigkeiten, das lehrt uns die Erfahrung, in unserem Falle vor allem die beiden ersten Krankengeschichten.

Wir können nun zwei Formen der Kombination unterscheiden: die erste ist die Form, von der *Nissl* oben schreibt, daß in erster Linie der Nachweis erforderlich ist, daß die Kranke vor, während und nach der Psychose als hysterisch erkannt worden ist. Also eine zum voraus hysterische Person, ein Individuum mit dem auf psychische Reize charakteristisch reagierenden Nervensystem, hat diese Eigenschaft schon immer gezeigt, und eine dazu kommende einfache Seelenstörung läßt in der Störung diese Reaktionsweise im wesentlichen bestehen, so daß sie leicht erkannt wird. Ich habe schon betont, wie lückenhaft in dieser Beziehung die Anamnesen unserer Kranken waren, doch möchte ich diese Art der Kombination für unsere Kranke 2 als ziemlich sicher ansehen. Fast deutlicher als bei der Hebephrenie wird sich eine derartige Form beim manisch-depressiven Irresein erfüllen lassen, wo auch *Nissls* Forderung der nach Ablauf einer Psychose fortbestehenden Hysterie deutlich gemacht werden kann. Dieser Nachweis ist uns auch in den Remissionen der Hebephrenie in unserem Falle 1 gelungen, und das darf doch etwa denselben diagnostischen Wert beanspruchen, wenn auch, wie wir nachher sehen werden, dieser Nachweis bei der Hebephrenie auf mehr psychologische Schwierigkeiten stoßen muß, als bei der Manie, von der wir annehmen, daß sie in den Intervallen einem vollständig gesunden Geistesleben wieder Platz macht. Die zweite Form der Kombination ist die durch die Psychose selbst hervorgerufene Hysterie. Sie fand bis jetzt fast nirgends Anerkennung, nur auf dem Gebiet der melancholischen Erkrankungen wünscht *Specht* wieder nachdrücklich die Aufrichtung der Hysteromelancholie, und *Ziehen* gebraucht auch den Begriff einer Hysteromanie, während, wie wir gesehen haben, auf dem Gebiet der Hebephrenie sich alles ablehnend verhält. Wie ich glaube mit Unrecht. Die oft so intensiv auftretenden initialen hysterischen Störungen, zu deren Erläuterung ich den Fall 5 ausführlich beschrieben habe, können wir unmöglich einfach mit der Erklärung



abtun, daß sie Symptome der Geisteskrankheit Hebephrenie darstellen, wo wir diese doch so oft in der schulmäßig einfachen Weise ohne jede Komplikation, ohne jede Beeinflußbarkeit ihrer Erscheinungen eintreten und des weiteren ihren charakteristischen Verlauf nehmen sehen. Im Gegenteil, der ganze Charakter dieser Krankheit bringt es mit sich, daß die Kranken mit der größten Seelenruhe sich für das praktische, tätige Leben absterben sehen, daß sie nicht den geringsten Affekt der betrübenden Tatsache entgegenzusetzen vermögen, daß sie in jugendlicher Kraft alles Interesse und damit allen Arbeitsantrieb verlieren. Wie ganz anders dagegen diese Krankheitsgeschichten, in denen wir diesen entscheidend gestaltenden Einfluß der Psychogenie kennen lernen; einer hysterischen Psychogenie, denn es kommen im Beginn jeder Psychose wohl auch andersartige psychogene Züge vor, die nicht als direkt hysterisch bezeichnet werden können, sondern aus noch erhaltenen gesunden, nach normalen Assoziationsgesetzen verlaufenden Gedanken entstammen. Eine gewisse Labilität des Gemütes wird ja auch da vorliegen, wird vor allem vorliegen, wo das affektive Denken immer sehr im Vordergrund gestanden hat, also beim Weibe. Nicht gar so selten finden wir daher als einzig psychogenen Zug im Beginn einer hebephrenischen Erkrankung den Gedanken, unheilbar geisteskrank zu werden. Wir dürfen das aber mehr als das Resultat der unter einem fremdartig empfundenen, unbeeinflußbaren depressiven Affekt stehenden Assoziationstätigkeit auffassen, wie wir es ja auch bei anderen Psychosen wie Paralyse und Altersdepression finden. Anders, wenn die Psychose vollständig unter dem Bild der Hysterie beginnt, ohne daß wir vorher etwas Derartiges beobachtet haben. Unser Fall 5 ist dazu eine so glänzende Illustration, daß ich immer Zweifel gehabt habe, ob es sich um ein Jugendirresein mit seiner ungünstigen Prognose handelt[1]).

Für solche Fälle gibt eine Gleichstellung von Hysterie und Hebephrenie in dem gekennzeichneten Sinne keine Erklärung, wohl aber die Unterordnung der einen unter die andere. Die Psychose Hebephrenie selbst mit ihrem doch mit Bestimmtheit anzu-

[1]) Ich hätte Gelegenheit nehmen können, noch mehrere derartige Fälle zu beschreiben, aber da die Erscheinungen selbst in der Literatur so bekannt sind, genügt der eine klassische Fall.



nehmenden anatomischen bezw. chemischen Substrat bildet die die Hysterie auslösende Ursache, wie ein anderes körperliches und psychisches Trauma — und eine einfache Seelenstörung können wir als beides auffassen — diese Auslösung zur Folge haben kann. Die Ansichten über diesen Punkt sind nicht einmal geteilt, *S. Meyer* meint, bei heftigsten Affekten, wie bei Eisenbahnunfällen, könne jeder Mensch hysterisch werden; und *Gaupp* ist auch dieser Ansicht, nur sagt er: bei solchen Kranken fehlt der hysterische Charakter, und das würde ja ganz mit dem zusammenstimmen, was wir selbst glauben: Für diese hebephrenischen Erkrankungen ist die Erkrankung selbst von solch abnorm einschneidender Bedeutung, daß sie hysterische Erscheinungen von oft lange anhaltender Dauer hervorzubringen vermag. Mir ist diese Erklärung befriedigender, als wenn man von einer derart von der Norm abweichenden Erscheinung nur annimmt, daß es sich um eine akzidentelle Beigabe des Dissoziationsprozesses der Hebephrenie handelt. Ich gebe ohne weiteres zu, daß es sich um eine Theorie handelt; ich sehe die Hauptbegründung darin, daß wir in der Mehrzahl der Fälle eine solche Kombination nicht finden, und daß wir auf der andern Seite auch andersartige psychogene Einflüsse erkennen können, die mit Hysterie direkt nichts zu tun haben. Deutlicher als auf unserem Gebiete ist diese Erscheinung auf dem oft zum Vergleich herangezogenen Gebiete grob anatomischer Hirnerkrankungen, z. B. der multiplen Sklerose oder des Hirntumors, wo es vollends nicht anzunehmen ist, daß hysterische Erscheinungen als integrierender Bestandteil dazu gehören.

Läßt sich darüber etwas sagen, was für Personen die Kombination zwischen Hysterie und Hebephrenie aufweisen? verbindet diese Leute eine gemeinschaftliche charakterologische Eigenschaft? Wir sagten, sie waren vorher nicht hysterisch im Sinne einer Erkrankung, sie haben auch keinen hysterischen Charakter aufgewiesen. Soweit meine anamnestischen Erhebungen in den geschilderten und den übrigen mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten Erfolg gehabt haben, hat es sich jeweils um früher besonders aufgeweckte, schlagfertige Naturen gehandelt, die sich rasch überall



zurechtgefunden und beliebt gemacht haben, die aber auch eine weitgehende Neugier und eine gewisse Boshaftigkeit zu allen möglichen Streichen und frühen Erfahrungen, z. B. auf sexuellem Gebiet geführt hat. Ob da ein gemeinschaftlicher Zug herauszufinden ist, der für die Lösung der Frage von Belang ist, ist schwer zu sagen. Leichte Auffassung, ein vorwiegend positiver, heiterer Affekt kann festgestellt werden, aber ob das genügt, um bei einer nachher eintretenden Affekterkrankung eine Erklärung der Eigenart dieser Erkrankung zu geben? Den Eindruck hat man bestimmt, daß es sich um klügere, also assoziationsreichere Menschen handelt, die unter Umständen einen besonderen Affekttypus vor der Erkrankung gar nicht gezeigt haben. Krankengeschichten gebildeter Hebephrenen weisen verhältnismßäig häufig psychogene Störungen auf. Ich möchte aber betonen, daß die Art der Bildung nur für den Inhalt der krankhaften Erscheinungen verantwortlich gemacht werden kann, und daß das Vorkommen der Erscheinungen überhaupt im besten Falle von der Fähigkeit, leicht und gut zu assoziieren, abhängig gemacht werden kann, d. h. von einer guten Kombinations- und Urteilsfähigkeit, die wir bei schlechtem Kenntnisstand, bei Ungebildeten, oft viel zu sehr unterschätzen.

Fast wichtiger als die zuletzt erwogene Frage ist die Schilderung der Beziehung der beiden Erkrankungen zueinander in Entstehung, Verlauf und Ausgang. Die praktischen Beispiele haben wir gesehen, es soll noch eine theoretische Erläuterung folgen. Wenn wir uns noch einmal vergegenwärtigen, daß das Verwandte der beiden Erkrankungen darin liegt, daß es sich beidemal um Affekterkrankungen handelt, so werden wir verstehen, daß, nachdem die „Komplexe“ der Hysterie gefunden und gedeutet waren, man auch das Mysterium der Dementia praecox in Komplexwirkung gesucht hat. Die Theorie *Jungs* darüber ist sehr geistreich ausgedacht, trägt aber dem nicht genügend Rechnung, was wir oben betont haben, daß die beiden Krankheiten aneinander nicht meßbar sind, daß wir es bei der einen, der Hysterie, lediglich um die quantitative Störung des Zwischenstücks zwischen Reizaufnahme und der die Wirkung auslösenden Station zu tun haben, ohne daß diese primär geschädigt sind. Bei der Hebephrenie dagegen liegt eine, sagen wir einmal mit *Kraepelin*, durch Autointoxikation bedingte Schädigung höchstwahrscheinlich beider



Stationen, der Reiz aufnehmenden und der Wirkung auslösenden, statt, so daß also das entstehende Produkt schon als krankhafter Komplex aufgefaßt werden müßte, und den können wir wieder nicht verstehen. Ich halte es auch für verkehrt, psychosexuelle Verwandtschaften oder Unterschiede zu konstruieren; mag das Sexuelle bei der Hysterie oft und viel die Hauptrolle spielen, bei der Dementia hebephrenica tritt es stark hervor, weil die Affekte für feinere Hemmungen und damit diese selbst in Wegfall kommen und nun mehr oder weniger die von einem intensiver erscheinenden Affekt begleiteten Triebe hervortreten können, ohne daß vorher die Vorstellung von sexuellen Dingen im Bewußtsein oder Unterbewußtsein stärker vorhanden war.

Bei der einen Krankheit handelt es sich um einen eigenartigen Destruktionsprozeß, der es fertig bringt, daß das psychische Produkt dissoziiert erscheint, daß zwar eine reine Verstandesarbeit möglich ist, daß aber jeder Affekt bei ihr verloren geht. Bei der anderen wird das psychische Geschehen immer von einem wirklichen Affekt geleitet und beeinflußt. Daraus geht hervor, daß, wenn beides kombiniert auftritt, der wirksame Affekt der Hysterie seine Haupttätigkeit im Anfang entfalten wird, wo noch am meisten Affektivität erhalten ist, ja, daß, er vielleicht da noch sehr gesteigert werden kann in bestimmter Richtung, während andere Affekte schon verloren gehen. Wir haben das oben von den Trieben bei Geisteskranken erwähnt, und so kann auch wohl ein derartiger Affekt die Leitung behalten, der einer bestimmten Vorstellung zu Beginn der Krankheit Überwertigkeit verleiht. Eines geht aber ganz unweigerlich aus unserer Auffassung der beiden Krankheiten hervor, daß das destruierte Gehirn des Hebephrenen oder sein psychischer Effekt, die affektive Verblödung, nicht mehr den Boden für eine Hysterie abgeben kann. Wo bestimmte Vorstellungen sich überhaupt nicht mehr halten können wegen ihres Affektmangels, da wird sich auch keine Vorstellung mehr bilden, die psychogene Wirkungen auszuüben vermag: Im affektlosen psychischen Leben ist keine Affektkrise, keine Hysterie, mehr möglich.



Die Ähnlichkeiten der zwei Erkrankungen sind auch rein psychologisch oberflächliche, tatsächlich streben sie gerade nach entgegengesetzten Richtungen, die eine bedeutet Affektlosigkeit, die andere Affekttyrannisierung. Immer behält erstere den Sieg bei, da sie auf einem progressiven Hirnleiden fußt. Die Schnelligkeit, mit der der Hysterie ein Ende bereitet wird, hängt sozusagen von der Bösartigkeit der Hebephrenie und von der Intensität der Hysterie ab. Ist letztere sehr heftig, erstere langsam verlaufend, so werden die Erscheinungen der ersteren lange herrschen und recht bösartige Krankheitsbilder verursachen, von denen der Patient selbst sehr geplagt ist; im umgekehrten Fall gerät der Kranke eben rasch unter Herrschaft seiner irreparablen Erkrankung und verliert bald das Gefühl für die tiefe Veränderung, die sein Geistesleben durchmacht, wie wir das bei jedem gewöhnlich verlaufenden Fall von Hebephrenie zu sehen gewöhnt sind. Man gewinnt dabei aus unseren beiden ersten Krankheitsgeschichten den Eindruck, daß der Verlauf der kombinierten Psychose nicht nur ein einwandfrei schwerer, sondern auch ein länger hingestreckter ist; Bestimmtes läßt sich da natürlich nicht sagen, da individuelle Schwankungen viel zu groß sind und wir somit nicht sagen können, ohne Komplikation hätte der Gang zur Verblödung kürzer gedauert.

Wir kommen damit zum Schluß und zu einer kurzen Feststellung der Ergebnisse:

1. Die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen uns, wie kompliziert die Symptomenbilder bei der Hebephrenie und Hysterie sein können, und wie schwierig infolge äußerlicher Ähnlichkeiten in der Symptomatologie die Differentialdiagnose werden kann. Es bedarf des Nachweises, daß ein Symptom rein endogen bzw. rein durch ein affektbetontes Moment bedingt ist, um sich für die eine oder andere der Krankheiten zu entscheiden: ferner muß der klinische Verlauf zur Diagnose herangezogen werden; daher ist die Mög-



lichkeit der Frühdiagnose fast zur Unmöglichkeit geworden.

2. Es gibt aber auch Kombinationen beider Krankheiten: a) zu einer vorher bestehenden Hysterie tritt Hebephrenie; b) die Hebephrenie bildet das auslösende Moment einer hysterischen Störung.

Solche Krankheitsbilder zeigen sich ebenfalls sehr verwickelt, aber sehr markant abstechend von den Verlaufsformen der einfachen Seelenstörung Hebephrenie.

3. Im Endzustand schwindet die Hysterie unter der für Hebephrenie charakteristischen gemütlichen Verblödung.

---

1. *Birnbaum*, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildung bei Degenerativen. Halle 1908.
2. —, Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerativen. Ztrlbl. f. Nervenheilkunde 1909.
3. —, Frage der psychogenen Krankheitsformen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1910, Bd. 1.
4. —, Frage der psychogenen Krankheitsformen. Ebd. Bd. 7, 1911.
5. *Bleuler-Jung*, Komplexe und Krankheitsursachen bei Dem. praecox. Ztrbl. f. Nervenheilkunde 1908.
6. *Bleuler*, Wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten. Ebd. 1909.
7. *Bonhöffer*, Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht zur Hysterie zu rechnen sind? Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 68.
8. *Gaupp*, Zur Frage der kombinierten Psychosen. Ztrbl. f. Nervenheilkunde 1903.
9. —, Begriff der Hysterie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 5, 1911.
10. *Hellpach*, Untersuchungen zur Psychologie der Hysterie. Ztrlbl. f. Nervenheilkunde 1903.
11. *Heß*, Über hysterisches Irresein. (Referat.) Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1902.
12. *Isserlin*, Über *Jungs* „Psychologie der Dementia praecox“. Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1907.
13. *Jung*, Die *Freud*sche Hysterietheorie. Mtschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 1908.



14. *Kaiser*, Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 58 u. 59.
15. *Kraepelin*, Psychiatrie. 7. u. 8. Auflage.
16. *Löwenfeld*, Bemerkungen zur Hysterieforschung. Ztrlbl. f. Nervenheilkunde 1903.
17. *Lückerath*, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 68.
18. *E. Meyer*, Bemerkungen zu *Jung*: Über die Psychologie der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. Bd. 43.
19. *S. Meyer*, Hysterietheorie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 5, 1911.
20. *Nissl*, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1902.
21. *v. Romberg*, Über Wesen und Behandlung der Hysterie. D. med. Wschr. 1910.
22. *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl.
23. *Specht*, Hysteromelancholie. Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1906.
24. *Storch*, Bemerkungen zu *Nissl*s Aufsatz. Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1902.
25. *Stransky*, Zur Entwicklung und zum gegenwärtigen Stand der Lehre von der Dem. praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 8, 1912.
26. *Strümpell*, Spezielle Pathologie und Therapie. 17. Aufl.
27. *Ziehen*, Psychiatrie. 4. Aufl.



Ein statistischer Beitrag zur Entstehung der Epilepsie.

Von

Dr. **A. Ehrhardt,** leitendem Arzte der Anstalt Carlshof bei Rastenburg.

Einen Einblick in die Ursachen, welche den Ausbruch der Fallsucht bei den einzelnen Kranken herbeigeführt haben, gewinnt man am besten aus Angaben, die sich auf alle Pfleglinge einer für diese Kranken bestimmten Anstalt beziehen. Ich habe deshalb die Krankengeschichten der männlichen Epileptiker der Anstalt Carlshof durchgesehen und entnehme ihnen folgende Mitteilungen über die Entstehung der Epilepsie bei den 321 jetzt in dieser Anstalt lebenden männlichen Epileptiker.

Zunächst gebe ich eine Tabelle, welche das Alter angibt, in welchem die Epilepsie bei den einzelnen Kranken enstanden ist. Es erkrankten:

im	1.	Lebensjahre	74	Kranke	im	11.	Lebensjahre	13	Kranke
,,	2.	,,	18	,,	,,	12.	,,	16	,,
,,	3.	,,	16	,,	,,	13.	,,	12.	,,
,,	4.	,,	21	,,	,,	14.	,,	12	,,
,,	5.	,,	12	,,	,,	15.	,,	10	,,
,,	6.	,,	6	,,	,,	16.	,,	11	,,
,,	7.	,,	12	,,	,,	17.	,,	7	,,
,,	8.	,,	15	,,	,,	18.	,,	7	,,
,,	9.	,,	10	,,	,,	19.	,,	6	,,
,,	10.	,,	15	,,	,,	20.	,,	4	,,
	Summe		199 = 62 %			Summe		98 = 32,5 %	

im	21.	Lebensjahre	7	Kranke
,,	22.	,,	2	,,
,,	23.	,,	1	,,
,,	24.	,,	1	,,
,,	25.	,,	—	,,
,,	26.	,,	2	,,
,,	27.	,,	1	,,
,,	28.	,,	1	,,
,,	29.	,,	2	,,
,,	30.	,,	—	,,
		Summe	17 = 6,5 %.	



Ferner erkrankten noch: im 34. Jahre 1 Kranker, im 35. Jahre 1 Kranker, im 36. Jahre 2 Kranke, im 41. Jahre 1 Kranker, im 49. Jahre 1 Kranker und im 53. Jahre 1 Kranker.

Fast in einem Viertel der Fälle (74 Fälle = 23,0 %) rührt die Krankheit aus dem ersten Lebensjahre her, in einem weiteren Viertel (72 Fälle = 22,0 %) aus dem 2.—6. Lebensjahre; im dritten Viertel (81 Fälle = 25,0 %) entstand sie im 7.—12. Lebensjahre; in 69 Fällen = 21,5 % im 13.—20. Lebensjahre; während das dritte Jahrzehnt des Lebens 17 Krankheitsfälle = 5,3 %, das vierte 4 = 1,2 %, das fünfte 2 = 0,7 % und das sechste 1 Krankheitsfall = 0,3 % lieferten. Die Epilepsie ist mithin vorwiegend eine Krankheit der beiden ersten Lebensjahrzehnte; im dritten Jahrzehnt wird sie seltener, und von da ab tritt sie nur vereinzelt in Erscheinung.

Bezüglich der Frage, inwiefern die Epilepsie ihrem Namen „genuine“, d. h. angeborene Fallsucht entspricht, ist wohl eine zweite Tabelle von Interesse, worin an 39 von jenen 74 Erkrankungsfällen des ersten Lebensjahres noch genauer auf den Monat ihrer Entstehung hingewiesen wird. Von 39 epileptischen Erkrankungen innerhalb des ersten Lebensjahres entfielen:

auf	den	1.	Monat	6	Fälle	auf	den	7.	Monat	2	Fälle
,,	,,	2.	,,	2	,,	,,	,,	8.	,,	1	,,
,,	,,	3.	,,	7	,,	,,	,,	9.	,,	4	,,
,,	,,	4.	,,	1	,,	,,	,,	10.	,,	—	,,
,,	,,	5.	,,	3	,,	,,	,,	11.	,,	5	,,
,,	,,	6.	,,	8	,,	,,	,,	12.	,,	—	,,

Wir sehen also, daß 27 Fälle = 69 % von 39 Erkrankungen des ersten Jahres auf die ersten 6 Monate entfallen, also in die Zeit, in welcher der Säugling zu seiner Ernährung ausschließlich auf die Milch der Mutter oder ihren leider kümmerlichen Ersatz durch Kuhmilch angewiesen ist, also sich vom mütterlichen Körper noch nicht völlig getrennt hat. Wenn also ein schädlicher Einfluß einer im mütterlichen Körper oder väterlichen Keim verborgenen Krankheit den Boden zur Erkrankung an Epilepsie vorbereitet hat, so müßte er in dieser Zeit sich vor allem geltend machen, und das zeigt auch die eben ermittelte Verhältniszahl. Ich bin aber der Ansicht, daß eine mechanische oder chemische Schädigung des Gehirns, wie sie durch angeborene Lustseuche oder Alkoholvergiftung, seltener durch eine intrauterine Verletzung des Fötus gegeben wird, wohl den Aufbau und die Tätig-

keit des Gehirns so schädigt, daß der Ausbruch der Epilepsie dadurch vorbereitet wird, daß es aber eines bisher noch unbekannten infektiösen Entzündungsstoffes bedarf, um einem mehr oder weniger ausgedehnten Bezirke der Hirnoberfläche die der Epilepsie eigentümliche Veränderung in Bau und Funktion zu schaffen. Mir scheint also jeder Fall von Epilepsie einer bakteriellen Infektion seine Entstehung zu danken, worauf auch die weiteren Wahrnehmungen hinweisen.

In weiteren 3 Fällen war das Kind „von Geburt an" mit Krämpfen behaftet; 2 davon waren taubstumm, eines überdies blöde. In einem Falle wurde die Mutter während der Schwangerschaft von einem nicht näher beschriebenen Unfalle betroffen, und das Kind bekam im fünften Lebensmonat die Krankheit und war von Geburt blöde. In einem zweiten Falle, der einen von Geburt blöden Knaben im 11. Lebensmonat betraf, war die Mutter während der Schwangerschaft über eine seit mehreren Jahren bei ihr bestehende Hauttuberkulose seelisch sehr erregt, was vielleicht ein Hinweis auf eine innere Erkrankung derselben ist.

Über die Erscheinungen, unter denen die Krankheit bei den oben erwähnten 39 Erkrankungen des ersten Lebensjahres verlief, ist folgendes zu bemerken:

Von den 6 Erkrankten des ersten Monats blieb einer geistig gesund und konnte später als Bureauschreiber sich bis ins 50. Jahr seinen Lebensunterhalt erwerben. Die anderen blieben blöde oder hochgradig geistesschwach. Von den 2 Fällen aus dem zweiten Lebensmonat büßte der eine bei dem ersten Anfalle auch das rechte Auge ein — nähere Angaben über diesen Anfall weiß er nicht zu machen. Er trägt jetzt über dem völlig verkümmerten rechten Augenstumpf ein Glasauge. Aus dem dritten Lebensmonat stammt folgender Fall: Der Kranke erkrankte in dieser Zeit an Hirnentzündung; er bekam Krämpfe der linken Körperhälfte, die fortan im Wachstum verkümmerte und gelähmt blieb. Die Erkrankung ist wahrscheinlich auf eine infektiöse Herdentzündung des Gehirns zurückzuführen, die von einer Eiterung des rechten Mittelohres ausging; denn während der halbjährigen Krankheitzeit flossen beständig Eiter und Schleim aus diesem Ohre. Nach Ablauf der Krankheit blieben dauernd hochgradiger Schwachsinn und eine Neigung zu epileptischen Krämpfen zurück. Ein anderer fiel im dritten Monat aus einer Wiege und bekam nach diesem Unfall Krämpfe und blieb blöde. Ein dritter bekam im selben Monat eine Hirnentzündung, wobei sich Krämpfe sowie eine bleibende Sehnervenschwäche und Parese beider Beine einfanden; dazu gesellte sich später noch englische Krankheit hinzu, die eine Verkrümmung der Beine bewirkte. Dann blieben die Krämpfe 7 Jahre lang aus und kamen im achten Jahre nach einer Züchtigung wieder. Doch hat sich der Kranke

genügende Kenntnisse erwerben können, um richtig lesen, schreiben und rechnen zu können. Ein anderer bekam zur selben Zeit die englische Krankheit und epileptische Krämpfe. Er blieb Idiot, dessen Sprache sich auf unverständliches, stammelndes Lallen beschränkt, und behielt starke Verkrümmungen der Wirbelsäule und Glieder, sowie eine hochgradige Schwäche in Armen und Beinen, die er nur mühsam und ungeschickt bewegen kann. Auch die übrigen vier in diesem Monat Erkrankten blieben blöde. Der im vierten Monat Erkrankte lag damals 4 Tage in Krämpfen und am fünften Tage zeigte es sich, daß die ganze linke Seite gelähmt war; der Kranke blieb hochgradig geistesschwach. Von den im fünften Monat erkrankten 3 Kranken bekam der eine eine Hirnhautentzündung, ein zweiter litt damals an Skrophulose und Rachitis und lernte erst im fünften Jahre gehen, während bei dem dritten, wie schon erwähnt, einem Unfalle der Mutter in der Schwangerschaft die Schuld zugeschrieben wird. Auch diese blieben blöde. Von den 8 Krankheitsfällen aus dem sechsten Monat wurde einer unter Krämpfen rechtseitig gelähmt und erkrankte erst im vierzehnten Jahre ohne Ursache aufs neue an Epilepsie. Ein zweiter bekam damals außer den Krämpfen eine linkseitige Hemiplegie. Bei 2 anderen wird einem Schreck und ersten Zahnaustritt die Schuld zugeschrieben. Drei dieser Kranken erwarben trotz Schwachsinnes später einige einfache Kenntnisse, die übrigen 5 blieben blöde. Dasselbe gilt etwa von den 7 Kranken aus dem 7—9. Monat. Einer davon bekam im neunten Monat eine Ohreiterung und zugleich Krämpfe, welche jedoch bald wieder verschwanden; er blieb geistig frisch und erwarb sich ausreichende Schulkenntnisse, so daß er Bureauschreiber wurde. Im dreizehnten Jahre warfen ihn andere Knaben, mit denen er baden gegangen war, unvermutet ins Wasser. Da trat sogleich wieder ein neuer Krampfanfall ein. Unter den 5 Kranken des elften Monats war einer schon von Geburt an blöde; die Krankheit des zweiten wurde, wie erwähnt, auf die seelische Erregung der Mutter in der Schwangerschaft zurückgeführt. Ein dritter, späterhin geistig reger und bildungsfähiger Kranker war damals skrophulös; der vierte war ebenfalls von Geburt blöde, und der fünfte, welcher schon im zehnten Monat an Keuchhusten erkrankte, erlitt im elften Monat bei starkem Husten einen Schlaganfall, wovon die linke Körperhälfte gelähmt blieb; der Kranke selbst blieb blöde.

Von den übrigen 35 Krankheitsfällen des ersten Lebensjahres, bei denen ein genauer Zeitpunkt des Krankheitsanfanges nicht erwähnt ist, sei noch folgendes bemerkt:

Von ihnen waren fast drei Viertel (24) blöde; 4 waren so schwachsinnig, daß sie sich die drei einfachen Schulfertigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens nur stümperhaft aneignen konnten. Die 7 übrigen waren geistig bildungsfähig; 2 davon wurden Handwerkergesellen, obwohl der eine von Geburt taubstumm ist; der dritte lernte in einer Droguerie.



7 von diesen 35 bekamen im ersten Lebensjahre zugleich mit den Krämpfen eine halbseitige zerebrale Kinderlähmung. In einem Falle leitete eine Hirnhautentzündung die Krankheit ein; in 2 Fällen wird englische Krankheit, in 3 Fällen ein Fall aus der Wiege oder von einer Hühnerstiege (!) als Ursache angegeben. In 4 Fällen liegt unzweifelhaft angeborene Syphilis, welche sich in häufigen geschwürigen Hautausschlägen und Sehnervenentzündung mit nachfolgender Schwachsichtigkeit oder Blindheit äußerte, der Krankheit zugrunde. Einer bekam zugleich mit der Hirnhautentzündung einen Wasserkopf von 58 cm Umfang. Einmal wird die Krankheit einem warmen Bade, einmal dem Zahndurchbruch und in zwei Fällen, zu denen sich noch ein dritter aus dem zweiten Lebensjahre gesellt, der Impfung (allerdings mit Unrecht) zugeschrieben.

Diese 3 Fälle sind folgende: In dem einen, wobei es sich um einen schwachsinnigen, doch lernfähigen Kranken handelt, führte der Vater die Krämpfe deshalb auf die Impfung zurück, weil sie nach ihr auftraten. Der Kranke machte im dritten und vierten Jahre viele Krankheiten durch und blieb körperlich schwächlich. Vom 9.—15. Jahre war er völlig gesund, dann kamen die Krämpfe wieder. Ein zweiter Kranker, der von Geburt taubstumm und blöde war, erkrankte ebenfalls im ersten Jahre unmittelbar nach der Impfung, wobei er sich sehr aufgeregt gezeigt hatte, an den Krämpfen. Der dritte, gleichfalls von Geburt blöde Kranke bekam die ersten Krämpfe im zweiten Lebensjahre 8 Tage nach der Erstimpfung. Wenn nun auch die Impfung als eine Infektion anzusehen ist, so erscheint ihre Wirkung auf den Körper, welche in keinem inneren Organe zu wahrnehmbaren Strukturveränderungen führt, sondern nur den Körpersäften eine nicht näher bekannte antitoxische Kraft gibt, deshalb ungeeignet, eine bakterielle Infektion der Hirnrinde zu erzeugen, wie sie der Epilepsie zugrunde liegen dürfte. Auch haben diese 3 Kranken, wie sich an ihrem gehemmten Seelenleben zeigt, schon vor der Geburt schwere organische Schädigungen ihres Gehirns erfahren, die nur in krankhafter Beschaffenheit der elterlichen Lebenskeime oder des mütterlichen Keimbodens (wahrscheinlich durch Trunksucht oder Lues oder mangelhafte intrauterine Ernährung des Kindes bedingt) ihren Grund haben können. Bei einem blöden jüdischen Kranken wurden die Krämpfe im ersten Lebensjahre seltsamerweise jahrelang für hysterisch gehalten.

Einen näheren Einblick in die Entstehung der Krankheit gewähren noch folgende Krankenberichte:

Ein Kranker fiel gegen Ende des ersten Lebensjahres in Krämpfe, die 6 Stunden anhielten, und blieb dann auf der rechten Seite gelähmt. Er erwarb sich einige brauchbare Kenntnisse, die ihn aber doch zu selbständiger Lebensführung nicht befähigten, so daß er von seinem väterlichen Erbe lebt. Ein zweiter Kranker bekam mit 5 Wochen Brechdurchfall, woran sich schwere englische Krankheit mit Hemmung und Ver



bildung des ganzen Körperwachstums und im siebenten Monat epileptische Krämpfe anschlossen; der Kranke blieb fast blöde. Ein geistig reger und arbeitsfähiger Kranker, ein späterer Bureaugehilfe, bekam im ersten Jahre Krämpfe, dann blieb er 2 Jahre anfallfrei. An einen Typhus im dritten Lebensjahre schlossen sich dann wieder Krämpfe an, die nunmehr blieben. Derselbe Kranke machte ein halbes Jahr nach dem Typhus auch Scharlach durch und bekam im fünften Jahre eine Tuberkulose des linken Hüft-, später auch des rechten Kniegelenkes, so daß er nur an Stöcken gehen kann. Ein dritter geistig geweckter und bildungsfähiger Kranker, den ich nach seiner Krankheitgeschichte und sozialen Herkunft für ein Beispiel luischer hereditärer Ansteckung halte, erkrankte im ersten Jahre an Rachitis, hatte zweimal „Zahnkrämpfe", litt an Ausschlag und Geschwüren, lernte zwar schon im ersten Jahre sprechen, doch erst im dritten gehen; er lernte in der Schule gut und bekam im achten Jahre ohne Ursache Krämpfe.

Zwei Kranke machten insofern eine bemerkenswerte Geburt durch, als sie asphyktisch ins Leben traten. Der eine, welcher später in der Schule gut lernte, wurde in schwerer Geburt zur Welt gebracht — es war eine Zwillingsgeburt, wobei der Arzt eine Wendung ausführen mußte —, der Kranke bekam im dritten Jahre die ersten Krämpfe. Der andere wurde in Beckenlage geboren und war scheintot, so daß lange Zeit Wiederbelebungsversuche gemacht wurden; seine Idiotie wurde erst im dritten Jahre bemerkt und im achtzehnten Jahre traten die Krämpfe ein.

Es würde zu langwierig sein, die Krankheitsfälle weiter nach den Jahren ihres Beginnes zu ordnen; deshalb ziehe ich es vor, sie nunmehr nach den einzelnen Ursachen oder auffälligen Begleiterscheinungen zu besprechen. Es ist bemerkenswert, daß diejenigen Kranken, welche schon im ersten Lebensjahre von Epilepsie befallen wurden, fast ausnahmlos entweder schon blöde und bildungsunfähig waren oder es durch die Krankheit wurden, während bei den übrigen Kranken eine um so geringfügigere Einbuße an Denkkraft eintrat, in je späterer Zeit sie von der Krankheit ergriffen wurden. Zunächst sind nun diejenigen Fälle hervorzuheben, welche mit einer zerebralen Kinderlähmung verbunden sind.

Unter den 321 fallsüchtigen Kranken sind 25 halbseitig (an Gesicht, Arm und Bein) und 3 andere am ganzen Körper, vornehmlich aber an den Beinen, gelähmt. In 14 Fällen hat die Lähmung die rechte, in 11 die linke Körperhälfte betroffen. 18 Fälle stammen aus dem ersten Lebensjahre, 2 aus dem zweiten, und je einer aus dem 4., 6., 7. und 20. Jahre. Bei 3 blöden Kranken heißt es, die Lähmung bestehe „von Geburt an". Ob diese Kranken damit behaftet geboren sind, wurde nicht weiter ermittelt. In 2 Fällen ist bemerkt, daß die Lähmung sich nach eine Hirn-



rinden- oder -hautentzündung angeschlossen habe; in je einem Falle erfolgte sie nach Keuchhusten, Flecktyphus und Diphtherie, in 2 Fällen trat sie schlagartig ein; 9 von diesen Kranken blieben blöde; 12 waren hochgradig schwachsinnig und daher zum Lernen unfähig, 3 waren bildungsfähig und geistig rege.

Folgende Krankheitsfälle seien ausführlicher geschildert: Der eine Kranke hatte sich im ersten Jahre normal verhalten und auch gehen gelernt; da erkrankte er im zweiten Jahre aus unbekannter Ursache an Krämpfen und bekam eine rechtseitige zerebrale Kinderlähmung und blieb hinfort blöde. Der zweite erkrankte im vierten Jahre an Rachendiphtherie, woran sich ein Schlaganfall mit Lähmung der rechten Körperhälfte und Krämpfe anschlossen, und blieb nunmehr schwachsinnig. Der dritte hatte schon in den ersten Lebensjahren an Keuchhusten, Mandelschwellung und Lungenentzündung gelitten. Im sechsten Jahre bekam er einen Schlaganfall; er war über Nacht plötzlich an der ganzen linken Seite gelähmt und hatte auch die Sprache verloren, die sich aber später wieder vollkommen einfand. Er war danach ein Jahr bettlägerig. Bei dem Schlaganfall wurden keine Krämpfe wahrgenommen; diese fanden sich erst im 21. Jahre ein, und zwar nach einem Schrecke. Als der Kranke abends aus dem Stalle kam, ging das Dienstmädchen plötzlich an ihm vorbei; darüber erschrak er so, daß er in Krämpfe fiel. Der Kranke war bildungsfähig. Der vierte Kranke bekam im siebenten Jahre eine Hirnentzündung, welche eine rechtseitige Lähmung und eine Neigung zu Krämpfen hinterließ, die seit dem vierzehnten Jahre fast täglich eintraten und ihn schwachsinnig machten. Der fünfte Kranke entwickelte sich körperlich und geistig normal, lernte gut und wurde Soldat. Im zwanzigsten Jahre erlitt er einen Schlaganfall, wobei sich eine Lähmung der rechten Körperhälfte und Krämpfe einfanden und die Geisteskräfte des Kranken abnahmen.

Von den 3 Kranken, welche doppelseitige Lähmungen außer den Krämpfen bekommen haben, habe ich den einen, der diese Lähmung im dritten Lebensmonat erhielt, schon früher erwähnt; die Krankheit der beiden anderen sei ebenfalls näher geschildert. Der eine bekam mit 1½ Jahren Scharlach, Halsbräune und Diphtherie und war damals etwa ein halbes Jahr krank; er behielt eine so schwere Lähmung und Verkümmerung beider Beine, daß er im Gegensatze zu dem eben erwähnten Kranken, der noch humpelnd und mit Unterstützung gehen kann, völlig unfähig zum Gehen ist und tagüber sitzen und ins Bett getragen werden muß. Er blieb nunmehr hochgradig schwachsinnig, so daß er kaum lesen lernte. Im 21. Jahre kam er in ein Krüppelheim, wo zuerst seine Krämpfe bemerkt wurden. Der dritte verdankt seine Krankheit offenbar einer luischen Infektion. Er ist seit der Geburt mit Krämpfen behaftet, hatte schon als Kind viele Geschwüre, die immer wiederkehrten. Im zwölften Jahre traten ein Jahr lang fortwährend „unmenschlich viele",

große Geschwüre am ganzen Körper auf, die stark eiterten. Hieran schloß sich im 13. Jahre eine zweitägige „Nervenentzündung" an, wobei der Kranke fieberte und phantasierte, aber nach Schröpfköpfen an allen Gliedern wieder gesund wurde. Im 42. Jahre entstand dann eine spastische Lähmung der Beine, derentwegen er an Krücken gehen muß; er ist geistig gesund und bis ins fünfzigste Jahr erwerbsfähig geblieben.

Unter den Krankheiten, welche Epilepsie im Gefolge hatten, stehen in erster Reihe Rachitis (oder, wie es oft fälschlich heißt, der erste Zahnaustritt), Hirnverletzung, Scharlach, Mittelohrentzündung, Hirnrinden- und Hirnhautentzüdung und Trunksucht. Seltener boten Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Skrophulose, Gelenkrheumatismus, Typhus, Syphilis, Nierenentzündung, sowie irgendwelche Hautgeschwüre, Hitzschlag, ein Fall ins Wasser, eine Erkältung oder eine nicht näher geschilderte fieberhafte Erkrankung den Anlaß zur Epilepsie. In einigen Fällen wird auch einer seelischen Erregung, geistigen Überanstrengung oder einem Diätfehler die Schuld zugeschoben. Besonders oft werden schließlich Schreck und Schläge des Lehrers als Krankheitsursachen angesehen. Nunmehr seien diese einzelnen Ursachen genauer betrachtet.

R a c h i t i s (oder, wie manchmal irrtümlich gemeint wird, der Zahnaustritt, der bei Rachitis und hereditärer Lues verlangsamt ist und mancherlei Mißbildungen der Gaumenform, und der Stellung und Form der Zähne zur Folge hat) wird in 8 Fällen ausdrücklich als Ursache angesprochen. Sie zeigte sich im ersten oder zweiten Lebensjahre. Ein Kranker bekam im fünften Lebensmonate, während er an Rachitis und Skrophulose litt, Krämpfe; lernte erst im fünften Jahre gehen und blieb blöde. Zwei andere bekamen ihre „Zahnkrämpfe" im zweiten Lebensjahre.

H i r n v e r l e t z u n g e n haben in 12 von 321 Fällen = 4 % die Krämpfe und dazu in 5 Fällen Blödsinn, in den andern mehr oder minder große Einbuße an geistiger Regsamkeit bewirkt. Ein Kranker fiel, wie schon erwähnt, als er ein Jahr alt war, von einer Hühnerstiege herunter und bekam alsdann die Krämpfe. Im sechsten Jahre traten sie aufs neue eine, als der Kranke von einem Hunde angefallen wurde und darüber heftig erschrak, eine halbe Stunde danach trat wieder ein Krampf ein und der Kranke wurde blöde. Einem zweiten Kranken fiel im dritten Jahre eine eiserne Ofentür auf den Kopf, so daß eine Schädelwunde entstand und Krämpfe eintraten; auch er blieb blöde. Ein dritter Kranker erhielt im vierten Jahre einen Schlag mit einer Rodehacke auf den Kopf, worauf Krämpfe eintraten und der Kranke hochgradig schwachsinnig blieb. Bei dem vierten Kranken stellte sich im siebenten Jahre einige



Zeit, nachdem er einen heftigen Schlag auf den Kopf erhalten hatte, der erste Krampfanfall ein, der Kranke begriff nunmehr in der Schule nur sehr schwer, blieb aber bildungsfähig. Der fünfte Kranke erhielt im achten Jahre einen Hufschlag gegen den Kopf, wonach er in Krämpfe fiel und allmählich schwachsinnig wurde. Der sechste Kranke, der von Geburt blöde war, erlitt gleichfalls im achten Jahre eine Hirnerschütterung, wonach sich die ersten Krämpfe einfanden. Der siebente Kranke, welcher in den ersten Lebensjahren skrophulös gewesen war und im fünften Jahre Diphtherie und Scharlach durchgemacht hatte; wurde im neunten Jahre nach Schlägen auf den Kopf epileptisch und geistesschwach. Der achte Kranke, der von seinem Vater oft mißhandelt wurde, erhielt im zehnten Jahre einen Hufschlag gegen den Kopf; im gleichen Jahre traten die ersten Krämpfe ein und der Kranke wurde wegen Schwachsinnes aus der Schule entlassen. Der neunte Kranke wurde in der Kindheit infolge vieler Schläge auf den Kopf von Krämpfen befallen; er lernte wenig, ergab sich als Arbeiter dem Trunke und verblödete deshalb mit der Zeit gänzlich. Die Krankheitgeschichte des zehnten Kranken ist besonders bemerkenswert: Als der Kranke im sechzehnten Lebensjahre an einem dunkelen Abend über die Dorfstraße ging, begegnete ihm ein Mann, der ihm — angeblich in der Annahme, der Kranke habe ihn bedrohen wollen, tatsächlich aber grundlos — unvermutet ein Messer in die linke Schläfe (etwa in das hintere Ende der dritten Stirnwindung) stieß. Der Kranke fiel sofort um; Bekannte brachten ihn nach Hause und am nächsten Morgen in ein Krankenhaus, wo er sogleich am rechten Arm und Bein gelähmt gefunden wurde und auch mehrere Wochen die Sprache verloren hatte. Diese fand sich allmählich wieder, wenn sie auch bis heute noch etwas hart und schwerfällig blieb, als ob der Kranke mit den Kau- (Rachen-muskeln) und nicht mit den Sprachmuskeln (Zunge und Lippen) spräche. Etwa vier Wochen nach der Verletzung bekam er beim Mittagessen den ersten epileptischen Krampfanfall. Nach einem halben Jahre verschwanden die Krämpfe, kamen aber nach drei Jahren wieder; zugleich litt die Intelligenz etwas und der Kranke wurde erwerbsunfähig. Der elfte Kranke erhielt im 18. Jahre einen Schlag an die Stirn, wovon eine mit dem Knochen verwachsene Narbe zeugt; er bekam davon die Krämpfe und blieb schwachsinnig, so daß er nur zum Hüten der Schafe tauglich war. Der zwölfte Kranke schoß sich im 22. Jahre aus Schwermut zwei Kugeln in die Schläfe; er bekam bald danach die ersten Krämpfe und erblindete infolge Sehnervenschwund und Netzhautablösung auf beiden Augen.

Zu den Hirnverletzungen sind wohl noch weitere neun Krankheitsfälle zu zählen, wobei die Krämpfe nach einem Falle auf den Erdboden eintraten; doch bleibt es hier fraglich, ob der Fall die Ursache oder die Folge der ersten Krämpfe oder einer latenten Krampfanlage war. In zwei Fällen stürzten die Kranken im ersten Lebensjahre aus der Wiege, ein Kranker



fiel im dritten Jahre von der Treppe, einer im vierten Jahre vom Stuhl, einer im 15. Jahre von einem Schuppen, einer im 16. Jahre von einem Maischbottisch, einer im 19. Jahre von einer Lowry und einer im 24. Jahre vom Scheunenfach. Einmal wurde das Vorkommnis als Unfall angesehen und auf Antrag Unfallrente bewilligt. Der letzte Kranke endlich erlitt im achten Jahre einen nicht näher geschilderten Sturz, wobei er auch die Sprache verlor, taubstumm und epileptisch blieb. 4 dieser 9 Kranken blieben blöde, 4 wurden schwachsinnig und nur einer blieb geistig rege.

Die Infektionskrankheit, welche am häufigsten Epilepsie zur Folge gehabt hat, ist Scharlach. Die Vermittelung wurde hier entweder von einer Mittelohreiterung, einer Hirnrinden- und Hirnhautentzündung oder einer Nierenentzündung bewirkt. 8 von 321 Fällen = 2,5 % wurden durch Scharlach hervorgerufen. Der Scharlach trat im 2., 3., 4., 5., 9. 10. und 12. Lebensjahre ein. Zwei Kranke bekamen während des Scharlachs, die anderen 1—3 Wochen danach die Krämpfe; in einem Falle wird erwähnt, daß der Scharlach sehr schwer verlaufen sei. Ein Kranker blieb blöde, zwei hochgradig schwachsinnig, die anderen geistig rege und bildungsfähig. Zwei Fälle seien näher beschrieben. Der eine Kranke machte im dritten Jahre einen Scharlach mit nachfolgendem Ohrenlaufen und Schwerhörigkeit durch. Im Verlaufe der Krankheit stellten sich Krämpfe ein. Der Kranke lernte später ein Handwerk. Der zweite Kranke erkrankte im zehnten Jahre an Scharlach und 3 Wochen später an Nierenentzündung und Krämpfen; er lernte gut und wurde Bureauschreiber.

Mittelohreiterung hat in 6 Fällen = 1,9 % die Epilepsie hervorgerufen. Zwei Kranke wurden schwachsinnig, ohne ganz zu verblöden; die anderen waren in verschiedenem Grade bildungsfähig und würden erwerbsfähig sein, wenn sie nicht Krämpfe hätten. Diese Fälle seien einzeln angeführt, da die Ursachen der Mittelohreiterung verschieden waren und in einigen sich die Krämpfe sofort an die frische Mittelohreiterung anschlossen, in anderen dagegen erst nach zwei- bis sechsjährigem Bestehen derselben auftraten. Der eine Kranke, welcher von Geburt schwachsinnig war und im fünften Jahre Brustfell- und Hirnhautentzündung überstanden hatte, mußte sich im 16. Jahre in einer Ohrenklinik wegen linkseitiger Mittelohrentzündung und Vereiterung des Warzenfortsatzes einer Radikaloperation am Ohre unterziehen. Am Tage nach der Operation stellte sich der erste Krampfanfall ein, der unter Bewußtlosigkeit und allgemeinen Krämpfen verlief. Dem zweiten Kranken soll im 13. Jahre ein Käfer in das rechte Ohr gekrochen sein, worauf sich dort Knochenfraß und Krämpfe einstellten. Im 18. Jahre wurde in einer chirurgischen Klinik die Radikaloperation des Mittelohres ausgeführt; die Krämpfe verschwanden nicht. Der dritte Kranke bekam im 14. Jahre kranke Ohren und wurde zuerst links, dann rechts schwerhörig, fast taub: zugleich traten Krämpfe ein. Er hatte damals, vermutlich infolge hereditärer luischer Infektion auch oft Migräne, kranke Augen und

Geschwüre am Körper. Vom 24. Jahre blieben die Krämpfe aus; im 45. Jahre kamen wieder ohne ersichtlichen Grund fünf Anfälle vor, worauf die Anfälle wieder verschwanden und seit einigen Jahren nicht mehr wiedergekehrt sind. Der vierte Kranke machte im ersten Jahre englische Krankheit, Lungenentzündung und Mittelohreiterung durch und fiel im dritten Jahre zuerst in Krämpfe; er blieb schwachsinnig. Der fünfte Kranke überstand in früher Kindheit Diphtherie (mit Luftröhrenschnitt) und Masern und litt im dritten Jahre drei Wochen an Ausfluß aus dem linken Ohre. Im fünften Jahre bekam er die ersten Krämpfe. Der sechste Kranke endlich erkrankte im fünften Jahre an Scharlach und danach an Ohrenfluß, der auch bis heute noch zuweilen eintritt. Im elften Jahre erfolgte dann ohne ersichtliche Ursache beim Mittagessen der erste Krampfanfall; der Kranke fiel sogleich bewußtlos zu Boden und zuckte am ganzen Körper. Im 21. Jahre geschah der zweite Anfall, und die Anfälle wiederholten sich nunmehr stets nach Schnaps- und Biergenuß. Vier dieser Kranken haben ein Handwerk oder einen ähnlichen Beruf ausgeübt.

Hirnrinden- oder Hirnhautentzündung löste in 17 von 321 Fällen = 5,3 % die Epilepsie aus oder trat in 1 Falle (einige Jahre später) bei ihr hervor. 7 mal trat sie im ersten, 3 mal im zweiten, 2 mal im dritten, 2 mal im vierten, je einmal im 5., 7., 9. und 14. Lebensjahre auf. 5 Kranke wurden blöde, 8 in verschiedenem Grade schwachsinnig, die übrigen 4 blieben geistig rege. Zwei Erkrankungen hinterließen rechts- oder linkseitige Hemiplegien. Sieben Krankheitsfälle seien näher beschrieben: Der erste Kranke erkrankte im 4. Lebensmonate an einer Hirnhautentzündung und wurde deshalb sieben Monate lang in einer medizinischen Poliklinik behandelt. Dazu litt er an Rachitis, die besonders im dritten Jahre hervortrat und ihn bis über dieses Jahr hinaus am Gehen hinderte. Erst im siebenten Jahre fing er an zu sprechen, erwarb sich aber doch in der Schule die elementaren Kenntnisse. Im 12. Jahre trat der erste unzweifelhafte epileptische Anfall auf, als der Kranke auf der Straße von halbwüchsigen Jungen verfolgt und bedroht wurde. Der zweite Kranke litt im ersten Jahre mehrere Monate an Hirnentzündung. Im zwölften Jahre wurde er in der Schwimmanstalt unvermutet ins Wasser gestoßen und bewußtlos wieder herausgezogen. Er hatte sich nicht verletzt, erkrankte aber im nächsten Jahre an Krämpfen. Bei dem dritten Kranken zeigten sich am Ende des zweiten Lebensjahres Angstzustände und später eine durch Husten und Krämpfe im Gesicht und an den Händen gekennzeichnete Krankheit, vermutlich eine Hirnentzündung. Der vierte Kranke lag am Ende des zweiten Jahres eine ganze Nacht hindurch dauernd in Krämpfen, so daß ihm der Schaum vor dem Munde stand. Am Morgen war es besser. Nach 1½ Jahren kamen aber neue Krämpfe. Der fünfte Kranke lag im zweiten Jahre mehrere Monate an Hirnentzündung krank, und an diese Krankheit schlossen sich dann im nächsten Jahre die Krämpfe an. Der sechste Kranke machte im dritten Jahre



eine Hirnhautentzündung durch, wodurch er taubstumm wurde. Im 21. Jahre traten dann zuerst Krämpfe auf. Der siebente Kranke erkrankte im vierten Jahre nach ärztlicher Diagnose an fieberhafter Hirnhautentzündung. Das Kind hatte bis dahin gut gesprochen, nun fing es an, zu stottern, verlor nach einem halben Jahre die Sprache ganz und blieb blöde. Im zehnten Jahre wurden Krämpfe bemerkt.

In 17 Fällen = 5,3 % wurde die Epilepsie allein durch Trunksucht des Kranken selbst hervorgerufen. 3 Fälle stammen aus dem ersten Jahrzehnte des Lebens, 7 aus dem zweiten, 4 aus dem dritten, 2 aus dem vierten und einer aus dem fünften Jahrzehnt. Diese Kranken haben alle stark getrunken, teils aus eigenem Antriebe, teils infolge elterlicher Gewöhnung, und mancher von ihnen glaubt, das Trinken habe ihm nicht geschadet, sondern vielmehr genützt, obwohl seine durch die Trunksucht hervorgerufene Krankheit ihn vom Gegenteile überzeugen müßte. Es sind meist Männer, die einen Beruf erfüllt haben, Fälle von Spätepilepsie, 6 davon waren verheiratet. Bei drei Vierteln von ihnen besteht nunmehr Geistesschwäche. (Ich bemerke hier, daß sich bei fast allen Epileptikern, auch den oben als geistig rege bezeichneten, bei genauerer Prüfung ein geringer Grad geistiger Schwäche nachweisen läßt, so daß sie hinter vollsinnigen, gesunden Menschen desselben Bildungsgrades etwas an Intelligenz zurückstehen.) Da diese Kranken geistig rege waren, so konnten sie alle einst ausführlich von der Entstehung ihrer Krankheit erzählen. Jede dieser Krankengeschichten ist bemerkenswert, doch seien nur einige angeführt. Der erste Kranke erhielt schon als kleines Kind (!) alkoholische Getränke zu trinken, und zwar am Tage des Ausbruches der Krankheit besonders reichlich. Die Krämpfe kamen im sechsten (!) Lebensjahre. So tief ist also die Trunksucht heute in einzelne Familien eingedrungen, daß schon die kleinen Kinder und Säuglinge Schnaps, Wein und Bier erhalten! Der Kranke ist heute fast blöde. Der zweite Kranke, welcher schon im vierten Jahre von Krämpfen befallen wurde, trank oft Schnaps, wonach er viele Anfälle, insbesondere auch am Tage bekam, während sie bei seinem nunmehrigen ruhigen und nüchternen Anstaltsleben nur selten, und zwar ausschließlich nachts auftreten. Der dritte war schon seit dem 10. Lebensjahre (!) an „mäßigen" Schnapsgenuß gewöhnt; er bekam im 21. Jahre Krämpfe und wurde schwachsinnig. Auch der vierte hat schon als Kind regelmäßig Alkohol getrunken; er bekam im neunten Jahre Krämpfe und blieb geistesschwach. Der fünfte war Schiffsheizer und erkrankte im neunzehnten Jahre infolge starken Alkoholgenusses und der großen Maschinenhitze an Krämpfen. Er fällt bei seinen Anfällen merkwürdigerweise immer vornüber auf das Gesicht und ist nunmehr verblödet. Der sechste, ein Feldwebel, der verheiratet war, sich aber stark dem Trunke ergeben hatte, erlitt im 29. Jahre bei großer Sommerhitze und körperlicher Anstrengung einen Unfall, der darin bestand, daß er im Stehen plötzlich vor der Front der Kompagnie ausglitt und rückwärts



mit dem Hinterkopfe gegen eine Mauer schlug, wobei er ohnmächtig wurde und ihm eine Stirnader platzte [1]). Dieser Anfall ward als schwere Hirnerschütterung angesehen. Das Bewußtsein kam bald wieder, doch setzte der Kranke 3 Tage den Dienst aus und wurde nach 4 Monaten wegen der stark geschwollenen Stirnwunde operiert, wobei ihm eine Blutader unterbunden wurde und er 14 Tage zu Hause blieb. Erst 2 Jahre nach diesem Unfalle, im 31. Jahre, trat dann, als der Kranke bei großer Hitze die Soldaten beim Sandabladen beaufsichtigte und sich überanstrengt hatte, der erste Krampfanfall ein, dem nach einem weiteren Jahre der zweite folgte. Der Kranke wurde invalide und geistesschwach. Vier andere verheiratete und als selbständige Gewerbeteibende (Handwerker oder Arbeiter) tätige Männer, welche gleichfalls dem Trunke sehr zugetan waren, bekamen im 27., 28., 36. und 49. Jahre deshalb die Krämpfe und wurden erwerbsunfähig und geistesschwach. Zwei andere, welche von den Krämpfen schon im 16. und 19. Jahre betroffen, aber doch erwerbsfähig waren und eine Familie begründet hatten, huldigten dennoch dem Trunke. Erwähnenswert ist noch eine weitere Krankengeschichte. Der Kranke hatte schon im dritten Jahre 8 Monate lang an Krämpfen gelitten, dann war er wieder gesund geworden. Er lernte gut, wurde Fischer und heiratete. Im 38. Jahre ergriffen ihn die Krämpfe wieder, vielleicht infolge einer „mäßigen" Neigung zum Trinken. Er äußerte selbst folgende Meinung: Weshalb die Krämpfe bei ihm wiedergekommen seien, wisse er nicht; man sage, er habe zu viel Schnaps getrunken, er glaube es aber nicht, weil andere noch mehr tränken und doch gesund blieben.

Diphtherie hat in 3 Fällen Epilepsie ausgelöst. Sie trat im 2., 3. und 4. Lebensjahre ein und hinterließ bei 2 Kranken außer den epileptischen Krämpfen noch eine halbseitige Kinderlähmung, die schlagartig während der Diphtherie entstanden war. Die Kranken blieben blöde.

[1]) Bemerkenswert ist, daß drei Kranke bei ihrem ersten Anfalle rücklings auf den Hinterkopf fielen. Es scheint so, als wenn Epileptiker, falls sie der erste Krampf beim Gehen auf ebener Erde überrascht, immer nach hinten und nie nach vorn oder nach der Seite stürzen; jedenfalls wird dieser Umstand bei drei Kranken, die sich dann auch am Hinterkopfe verletzten, ausdrücklich erwähnt, während die beiden anderen Möglichkeiten sich nur bei sitzenden oder von einer Höhe herabfallenden Kranken ereignet haben, falls diese letzteren nicht auf den Scheitel fielen. Im späteren Verlaufe der Epilepsie ist es dagegen bei manchen Kranken die Regel, daß sie bei schweren Anfällen, während sie auf ebener Erde gehen, jäh und unvermutet vornüber auf das Gesicht fallen und sich dort beschädigen. Andere dagegen schlagen regelmäßig auf den Hinterkopf. Worin dieses verschiedene Verhalten seinen Grund hat, ob es sich dabei etwa um eine verschiedene Lage der epileptischen Hirnrindenerkrankungsherde handelt, ist bisher nicht ermittelt.



Zweimal war Keuchhusten die Ursache. Er befiel die Kranken im elften Lebensmonate und vierten Jahre und hinterließ bei einem ebenfalls eine Hemiplegie und Verblödung. Ein Kranker bekam die Krämpfe im sechsten Lebensjahre im Anschluß an Masern, ein anderer im ersten Lebensjahre infolge von Skrophulose. Bei einem Kranken, der im zwölften Jahre Scharlach durchgemacht hatte, schlossen sich die Krämpfe an einen Gelenkrheumatismus im siebzehnten Lebensjahre an. Die 3 Fälle von Typhus, welche Epilepsie und einmal auch Hemiplegie zur Folge hatten, ereigneten sich im dritten, vierten und neunten Lebensjahre. Dreimal hatten Lues und Trunksucht zugleich den Grund zur Epilepsie gelegt, die in einem Falle im selben Jahre wie die luische Infektion, in den anderen später erfolgt ist. Sie ereignete sich im 17., 34. und 53. Jahre. Es handelte sich um einen Weinhändler und zwei Vaganten. Ein Kranker, der die Müllerei erlernt hatte, überstand im 17. Jahre eine heftige Nierenentzündung mit Wassersucht und bekam danach Krämpfe. Drei Kranke, welche offenbar hereditär luisch infiziert waren, hatten im ersten Lebensjahre an vielen Geschwüren zu leiden und wurden spätestens im dritten Lebensjahre epileptisch. Von den 3 Fällen, welche durch Hitzschlag ausgelöst waren, betrafen 2 Trinker, bei denen also Sonnenwärme, Trunk und körperliche Anstrengung zugleich einen Blutandrang zum Kopfe erzeugt hatten; es waren ein Klempner und ein Schiffsheizer. Der dritte Kranke hatte als Kind Scharlach und bekam im 17. Jahre Krämpfe, als er einen halben Tag mit dem Flegel gedroschen hatte. Er leidet auch jetzt, 10 Jahre nach jenem Vorfalle, fast täglich an Migräne und ist blutarm, geistig aber rege und arbeitsam. Alle 3 Fälle ereigneten sich in der Pubertät, zwei im 17., der dritte im 19. Lebensjahre. Ein vierter Fall von Hitzschlag, der einen alten Soldaten betraf, ist bei der Schilderung der Trunksucht schon erwähnt.

In 5 Fällen hat eine akute Krankheit, die in den Krankengeschichten nicht genannt ist, Epilepsie hervorgerufen. In drei Fällen scheint es sich um Scharlach, im vierten um eine Hirnentzündung und im fünften um eine Rachitis gehandelt zu haben. Die vier ersten Kranken blieben blöde; der fünfte ist schwachsinnig. Der erste Kranke bekam im vierten Jahre im Anschluß an eine durch Schreck (?) verursachte vierwöchentliche Krankheit die ersten Krämpfe. Beim zweiten traten die Krämpfe im fünften Jahre nach einer schweren, nicht näher beschriebenen Krankheit auf. Der dritte bekam die Krampfanfälle im sechsten Jahre, nachdem er 8 Tage an einer fieberhaften Krankheit darnieder gelegen hatte. Beim vierten stellten sie sich im zweiten Jahre nach einer Erkrankung (wahrscheinlich des Gehirns) ein. Der fünfte war im ersten Lebensjahre fast immer krank und zugleich wurden krampfhafte Zuckungen an ihm wahrgenommen; im 15. Jahre kehrten die Krämpfe wieder.



Dreimal gab ein Fall ins Wasser die Veranlassung. Ein Kranker ist schon bei der Besprechung der Ohreiterung erwähnt, weil er schon im ersten Jahre Krämpfe und eine Ohreiterung gehabt hatte und im 13. Jahre, nachdem ihn andere Kranke beim Baden ins Wasser gestoßen hatten, sofort von einem epileptischen Krampf befallen wurde, dem weitere folgten, so daß die Krankheit nicht mehr verschwand. Der zweite erhielt die Krämpfe im vierten Jahre infolge eines Schreckes, als ihn ein Mitschüler in einen tiefen Graben gestoßen hatte. Beim dritten traten sie im elften Jahre nach einem Falle ins Wasser ein.

In 8 Fällen wird die Epilepsie auf Erkältung zurückgeführt. Der Zusammenhang zwischen einer Erkältung und einer Hirnentzündung, wie sie der Epilepsie zugrunde liegen muß, ist nur dann verständlich, wenn man annimmt, daß die Hirnhäute und Hirnrinde ähnlich auf Erkältung reagieren, wie das Lungen- und Nierengewebe, Brustfell und Bauchfell, Mittelohr, Rachenorgane und Darmschleimhäute, Harnblase, Muskeln und Gelenke; kurzum, wenn man dem ganzen Körperparenchym eine Abhängigkeit von der Außentemperatur beimißt, was ich für zutreffend halte. Auch sind in 3 Fällen die Krämpfe an demselben Tage eingetreten, an welchem die Erkältung geschehen war. Alle diese Erkrankungen ereigneten sich, abgesehen von zweien, die schon in der Kindheit erfolgt waren, in der Pubertät, dem 13.—21. Lebensjahre; die betroffenen Kranken waren zunächst geistig unversehrt und büßten nur allmählich etwas an Intelligenz ein. Ein zweijähriger Knabe bekam die Krämpfe nach einem kalten, ein zehnjähriger nach einem warmen Bade. Ein anderer war im 13. Lebensjahre an einem kalten Herbsttage barfuß und leicht bekleidet einige Stunden über Land gefahren und nach seiner Heimkehr plötzlich steif geworden und in Krämpfe verfallen. Ob einer oder mehrere Anfälle sich am ersten Tage ereigneten, war nicht zu ermitteln. Ein vierter hatte im 15. Jahre bei starker Kälte mehrere Stunden auf dem Felde gearbeitet, so daß ihm auf dem Heimwege die Zähne vor Frost klapperten; zu Hause traten dann Krämpfe ein. Der fünfte Kranke hatte im 16. Jahre an einem Wintertage als Treiber bei der Jagd geholfen, und da möge wohl, wie er meint, die Kälte daran Schuld gewesen sein, daß er, als er abends heimgekehrt war, in Krämpfe verfallen sei. Bei dem sechsten heißt es nur, daß er die Krämpfe im 17. Lebensjahre nach einer Erkältung erhalten habe. Ein anderer fiel im 17. Jahre an einem Novembertage in das kalte Wasser eines Grabens und blieb dann noch stundenlang in den nassen Kleidern. Auf diese Erkältung führen die Eltern die ein halbes Jahr später entstandenen Krämpfe zurück. Der letzte Kranke hatte schon im siebenten Jahre Krämpfe; ihre Wiederkehr im 21. Jahre wurde von der Mutter auf einen Rheumatismus zurückgeführt; vielleicht verriet indes dieser Rheumatismus schon die ersten Muskelzuckungen der Epilepsie. Seelische Erregung soll zweimal epileptische Anfälle bewirkt haben. Der eine Kranke fiel, als er ein Konzert



anhörte, zuerst in Krämpfe (im 22. Jahre), der andere hatte im 15. Lebensjahre bei einer Hochzeit aufzuspielen; die Erregung und der reichliche Genuß alkoholischer Getränke riefen sogleich den ersten Anfall hervor. Ein dritter Kranker führt seine Epilepsie, die im 17. Jahre eintrat, auf das Erlernen einer fremden Sprache zurück. die ihm sehr schwer fiel. Übermäßiges Essen soll bei zwei anderen Kranken im 3. und 13. Lebensjahre die Krämpfe verschuldet haben, doch stammen diese drei letztgenannten Kranken von geistig anormalen oder luisch infizierten Eltern ab, so daß die erbliche Belastung hier wohl wirksamer gewesen ist als die eben erwähnten anderen Momente. Mit Chorea ist ein Kranker, mit Syringomyelie ein anderer Kranker behaftet, während ein zweiter Choreatiker keine epileptischen Krämpfe hat. Auch seine Krankengeschichte sei hier nebenbei erwähnt: Die choreatischen Zuckungen traten schon im ersten Lebensjahre ein, blieben bis zum jetzigen 22. Jahre unverändert bestehen und hinderten ihn durch ihre ungewollten, unzweckmäßigen Bewegungen an jeder Arbeit. Er war von Jugend auf schwachsinnig, kann aber schreiben und lesen. Von körperlichen Mängeln bildeten sich bei dem muskelschwachen, schlaffen Menschen eine Skoliose der Wirbelsäule und Plattfüße aus.

Bevor der Frage näher getreten wird, ob Schreck oder Schläge seitens des Lehrers, wie oft vermutet wird, ursächlich in Frage kommen, sei auf zwei andere Eigenheiten der Epilepsie hingewiesen: nämlich darauf, daß dem Ausbruch der ersten typischen Krampfanfälle oft jahrelang ein Stadium zeitweiliger Kopfschmerzen, Schwindel, geistiger Unruhe und Unbesinnlichkeit vorhergehen kann, und ferner, daß die Krankheit nach ihrem ersten Erscheinen in früher Jugendzeit oft jahrelang, nicht selten ein halbes oder ganzes Jahrzehnt, sogar drei Jahrzehnte ausbleiben und dann bei einem geringen äußeren Anlaß wiedererscheinen kann, um nicht mehr zu verschwinden. Ein solches Vorstadium der Unbesinnlichkeit wird in 11 Fällen = 3,75% erwähnt, während jahrelange Pausen zwischen dem ersten und zweiten Erscheinen der Krankheit in 31 Fällen = 9,7 % beobachtet wurden. Da ist es durchaus möglich, daß die Schläge des Lehrers, welche in 5 Fällen = 1,5 % für den Ausbruch der Epilepsie verantwortlich gemacht wurden, und auch ein plötzlicher Schreck, der in 41 Fällen = 12,8 % den ersten Krampfanfall ausgelöst haben soll, in der Regel nur als Nebenumstände, aber nicht als eigentliche Ursache in Frage kommen. Denn hierbei ist meist das seelische Trauma zu geringfügig gewesen, um eine Hirnerschütterung, wie sie zur Erklärung der epileptischen Hirnveränderung nötig wäre, hervorrufen zu können. Dazu



sind meiner Ansicht nach schwere Hirnerschütterungen erforderlich, wie sie in Kriegszeiten, bei Eisenbahnunfällen, elektrischen Entladungen u. ä. vorkommen, aber sich auch ereignen können, wenn durch eine Ohrfeige das Trommelfell oder die Schädelbasis verletzt werden. Wir wollen nun diese vier Umstände bei unseren Krankheitsfällen näher betrachten:

Ausgeprägte Vorstadien mit leichteren Anzeichen einer sich ausbildenden Hirnkrankheit zeigen u. a. folgende Fälle: Ein Kranker bekam im 14. Jahre epileptische Schwindelanfälle, d. h. flüchtige Anfälle plötzlicher Ohnmacht, zuweilen verbunden mit leichten Zuckungen; er hat aber bis zu seinem jetzigen 16. Lebensjahre noch keinen typischen schweren Krampfanfall gehabt. Ein solches jahrelanges Vorstadium von epileptischem Schwindel hat sich noch bei manchen andern Kranken gezeigt, doch möge dieses Beispiel genügen. Ein anderer Kranker, der im 7. Jahre Masern gehabt hatte, fiel im 12. Jahre in einen Graben, wobei er eine Hirnerschütterung erlitten zu haben scheint, und bekam nunmehr bisweilen Muskelzuckungen, die im 15. Jahre in vollentwickelte Krämpfe übergingen. Ein dritter Kranker litt seit dem 15. Jahre an Kopfschmerzen, die wöchentlich etwa zweimal eintraten und einige Stunden dauerten, bis sich endlich im 41. Jahre Krämpfe entwickelten. Der Kranke war stets etwas geistesschwach, doch diente er etwa 30 Jahre als Magistratsschreiber und gründete eine Familie. Ein vierter lernte schon seit dem 7. Jahre schlecht und ergab sich dem Landstreichertume; im 10. Jahre setzten dann die Krämpfe ein. Ein fünfter, dessen Vater geisteskrank geworden war, war in der Schule immer schwer zu unterrichten, da er nach der kleinsten Strafe stundenlang weinte; er erhielt dann im 13. Jahre, wie man meinte infolge starken Essens, die Krämpfe. Bei dem sechsten trat, nachdem er einige Zeit an Kopfschmerzen gelitten hatte, im 14. Jahre in der Schule der erste Krampfanfall ein. Der siebente, welcher geistig schwach begabt war, bekam im 11. Jahre heftiges (vermutlich choreatisches) Zittern der Finger; im 21. Jahre erschrak er über einen in Krämpfe fallenden Bekannten so, daß er ein halbes Jahr später selbst in Krämpfe fiel. Das choreatische Zucken besteht nicht mehr, doch ist der Kranke allmählich verblödet. Der achte Kranke lief im 14. Jahre an seinem Einsegnungstage mit der Stirn gegen einen Kochherd; 8 Tage später bekam er die ersten Krämpfe. Der neunte Kranke hatte schon im zweiten Jahre kurze Zeit Krämpfe; im 18. Jahre traten bei ihm, der geistig gesund war, infolge Aufregungen über seine Mutter, an denen er aber selbst schuld war — er ist sehr streitsüchtig — neue Krämpfe ein; diese Erregungen waren offenbar die Vorzeichen der sich entwickelnden Epilepsie.

Jahrelange Pausen im Beginne der Krankheit kamen in nicht wenigen Fällen vor, ohne jedoch die Regel zu sein, und ließen den Rückfall oft als neue Erkrankung erscheinen.



Der erste Kranke bekam den ersten Krampfanfall schon mit den ersten Zähnen. Dann blieben die Krämpfe bis zum 8. Jahre aus, doch wurde der Kranke in etwa 2—3 wöchentlichen Abständen geistig benommen, „beschwiemt", und mußte dann erbrechen; dann fühlte er sich wohler. Vom 8. Jahre traten neue Krämpfe ein. Der zweite Kranke fiel im 12. Jahre aus Ärger, weil er ein Paar ihm geschenkte Schlittschuhe seinem jüngeren Bruder abgeben sollte, in Krämpfe, die wieder verschwanden. Nach 2½ jährigem Militärdienste wurde er wegen eines Krampfanfalles entlassen; doch konnte er sich und seiner Familie noch 1½ Jahrzehnte den Lebensunterhalt durch Arbeit erwerben. Ein dritter Kranker, welcher schon im zweiten Lebensjahre Krämpfe gehabt hatte, machte als Soldat den deutsch-französischen Krieg mit; im dritten Jahrzehnte kamen die Krämpfe wieder. So könnte ich, wie erwähnt, noch andere 28 Fälle mit Pausen von 2—35, meist 5—10 Jahren zwischen den beiden Krankheitszeiten anführen. Das erste Stadium fiel in die Zeit vom 1. bis 12. Jahre, das zweite in die Zeit vom 3.—17. Jahre, zuweilen auch später: meist erfolgt der Rückfall im zweiten, seltener schon im ersten Jahrzehnte.

Schläge mit dem Rohrstock sollten in der Schule gar nicht oder nur ausnahmweise und nach ärztlicher Billigung verabreicht werden dürfen; leichte Schläge mit der Hand dürften, wenn auch selten, berechtigt und erlaubt sein, da sie wohl keine Gelegenheitsursache zum Ausbruche von Krämpfen sein können; bei Stockschlägen oder heftigen Schlägen mit der Hand ist eine Erkrankung an Epilepsie, namentlich bei einem schon in früher Kindheit epileptisch gewesenen oder erblich belasteten Kinde öfter zustandegekommen, wieder eine Mahnung zur Einführung eines regelmäßigen ärztlichen Schuldienstes, wobei die früheren Krankheiten der Schulkinder verzeichnet und geistig geschwächte Kinder zu besonders milder Behandlung durch die Lehrer empfohlen werden müßten. Das Verhalten der Lehrer bei epileptisch beanlagten Kindern erläutern folgende Fälle:

Der erste Kranke bekam im 8. Jahre in der Schule plötzlich Krämpfe, wobei er sich an der Stirn verletzte; er war von Geburt schwachsinnig; der Lehrer blieb aber hier verständigerweise passiv. Der zweite Kranke, der im 9. Jahre an Diptherie gelitten hatte und erblich empfindsam veranlagt war, wurde im 14. Jahre in der Schule, gerade als ihn der Lehrer etwas fragen wollte, von dem ersten Krampfanfalle überrascht; nach 2 Tagen kam der zweite. Bei dem dritten Kranken trat die Epilepsie im 10. Jahre ein; ihre Ursache suchte er in einem Schreck, den er empfunden hatte, als ihn der Lehrer aus dem Schlafe während des Unterrichtes durch



heftige Ohrfeigen aufweckte. Der vierte Kranke, welcher Masern und Scharlach überstanden hatte und in der Schule mäßig lernte, erhielt im 11. Jahre wegen Unaufmerksamkeit von seinem Lehrer oft Schläge auf das Gesäß und erschrak darüber so, daß er in der Nacht nach einer solchen Züchtigung die ersten Krämpfe bekam. Der fünfte Kranke, der ebenfalls schwer lernte, ist von seinem Lehrer mißhandelt worden. Er bekam die Krämpfe im 7. Jahre in der Schule und gibt an, der Herr Lehrer habe ihm die Krämpfe gemacht. Derselbe habe ihn beschuldigt, ein Vogelnest ausgenommen zu haben, und habe ihm mit einem dicken Stocke so ins Gesicht geschlagen, daß drei je 4 cm lange und 1 cm breite, quere weiße Hautstriemen auf der rechten Wange noch heute von der Verletzung zeugen. Der Herr Prediger habe darauf zur Mutter des Kranken gesagt: „Frau, warum sind Sie nicht früher gekommen? Dann hätte der Kerl hier an der Schule nicht unterrichtet!" Danach seien die Krämpfe gekommen. Noch drei andere Kranke führen ihre Krämpfe, die im 8. oder 13. Jahre — der eine war schon im 3. Jahre einmal epileptisch krank gewesen — auftraten, auf damals empfangene Züchtigungen oder Mißhandlungen seitens des Lehrers zurück; dieser zweite mißhandelte Kranke hat allerdings auch ein widerspenstiges, schwer zu erziehendes Wesen.

Als Beispiele für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Schreck und erstem Krampfanfall seien von 41 solchen Fällen folgende erwähnt:

Bei dem ersten Kranken, der vorher schon Masern durchgemacht hatte, erschienen die ersten Zeichen der Krankheit nach einem Schreck im 5. Lebensjahre. Der Kranke bewegte einige Minuten den Kopf hin und her und verdrehte die Augen; er war dabei teilnahmlos und benommen. Allmählich erwickelten sich daraus schwere Krampfanfälle. Der zweite Kranke, der von Geburt schwachsinnig war, hatte im 13. Lebensjahre eines Tages die Schafe zur Weide zu treiben. Sie gingen aber auf das Haferfeld eines benachbarten Besitzers. Dessen Sohn kam hinzu, prügelte den Knaben und pfändete die Schafe. Der Knabe kam ganz blaß nach Hause, mit glasigen Augen, Schaum vor dem Munde und im höchsten Grade erschrocken. Am nächsten Tage bekam er den ersten Krampfanfall. Der dritte Kranke erlitt den ersten Anfall im 13. Jahre durch einen Schreck, als der Blitz in das elterliche Haus einschlug und es in Brand setzte. Der vierte Kranke, welcher das Schmiedehandwerk ausübte, empfand im 20. Jahre plötzlich einen heftigen Schreck, als ihm im Stalle von der im Hemde hereinstürzenden Schwester eine plötzliche Ohnmacht seines Vaters gemeldet wurde. Die Laterne fiel ihm aus der Hand, er stürzte ohnmächtig zu Boden und bekam den ersten Krampfanfall. Dies Erschrecken ist vom 6. Lebensmonate bis zum 36. Lebensjahre vorgekommen. Fünf Kranke erschraken über einen Hund, der sie



anbellte, anfiel, biß und einmal (von einem Gutsinspektor) gar auf sie gehetzt wurde. Einer stürzte dabei vom Pferde herab und bekam sofort den Anfall. Zwei erschraken beim Anblicke der Krämpfe eines anderen Kranken; bei dem einen trat der Anfall sogleich ein, bei dem anderen erst ein halbes Jahr später. Ein Kranker erschrak über die Ohrfeige seines Lehrmeisters — er fiel sogleich in Krämpfen zu Boden —, zwei andere über die plötzliche Erkrankung oder den Tod der Mutter oder des Vaters. Einer erschrak, als ein Erdhaufen einstürzte, ein anderer über einen Stoß in einen tiefen Graben, der ihm im 4. Lebensjahre zugefügt wurde, ein dritter bei einem Gewitter. Einer erschrak vor einem lärmenden Trinker, ein anderer nachts beim Hüten der Pferde.

Meist dürfte der Schreck nur eine seit Monaten oder Jahren schon durch Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Schwindel sich verratende oder seit ihrem ersten Auftreten verborgen schlummernde Epilepsie zu plötzlichem, schwerem Ausbruche getrieben haben. Zuweilen jedoch mag er wohl auch stark genug gewesen sein, um eine schwere seelische Erschütterung und damit einen Krampfanfall auszulösen.

In einem Drittel der Fälle (120 von 321) ist keine Ursache für die Krämpfe angegeben; doch dürften ihre Ursachen dieselben gewesen sein, welche vorher genannt sind, und sich in entsprechendem Verhältnisse unter die einzelnen Fälle teilen. In 50 von diesen 120 Fällen könnte man die Epilepsie als eine Nachwirkung einer früher bei der betreffenden Person aufgetretenen Krankheit ansehen, und zwar war der Kranke in 25 Fällen von Geburt an blöde, in 5 Fällen einseitig gelähmt, in 3 Fällen taubstumm, in einem Falle von einer Hirnhautentzündung, dreimal von im ersten Lebensjahre entstandenen, wahrscheinlich luischen Geschwüren, in 4 Fällen von Scharlach, in 6 Fällen von Masern, in einem Falle von Diphtherie (in einigen Fällen waren 2 oder 3 dieser Krankheiten bei demselben Kranken aufgetreten) und zweimal von Rachitis, die sich in einem oft verdorbenen Magen äußerte, ehemals ergriffen gewesen. In 70 Fällen sind auch diese früheren Krankheiten nicht erwähnt. —

Die Epilepsie stellt sich also meist als eine Folge von Hirnentzündungen oder Hirnmißbildungen, infektiösen Kinderkrankheiten oder Hirnverletzungen oder allgemeinen Ernährungsstörungen (wie Rachitis) dar und dürfte ihre anfallweise Wiederkehr einem plötzlichen Aufflackern in dem alten Entzündungsherde verdanken.

Fortschritte im Bau und in der Einrichtung der Anstalten für psychisch Kranke[1]).

Von

Oberarzt Dr. **Carl Wickel**, Prov.-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen.

Bei Besprechung des Themas kann die Frage nach der Größe, welche die Anstalten für psychisch Kranke erreicht haben, und welche für sie als die geeignetste erachtet wird, nicht unerwähnt bleiben.

Es ist keine Frage, daß das allgemeine Streben unter Beibehaltung der gemischten Heil- und Pflegeanstalt auf immer größere Anstalten gerichtet ist.

Die früher übliche Krankenzahl von 3—500 wurde im Laufe der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts verlassen, und man ging zu Anstalten mit 500—800 und 1000 Kranken über. Im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrhunderts mehrten sich Anstalten mit 1000—1500 Kranken, und jetzt sind bereits 7 Anstalten mit 1500—2000 Kranken vorhanden und 3, welche über 2000, eine davon über 3000 Kranke, haben. Nach der Zusammenstellung von *Starlinger* gab es 1899: 120 Anstalten für bis 500 Kranke, 60 für 500—1000, 6 für 1000—1500, darüber gab es überhaupt keine. 1912 waren es: bis 500 Kranke 95 Anstalten, 500—1000 Kranke 100, 1000—1500 Kranke 25, 1500—2000 Kranke, 7 und über 2000 Kranke 3 Anstalten. Es wurden aber nicht nur neue Anstalten von dieser Größe gebaut oder doch von vornherein so angelegt, daß sie auf 1500 Kranke und darüber sich ohne weiteres erhöhen lassen, sondern auch allenthalben wurden und werden zurzeit kleine Anstalten, als welche man jetzt solche von 500—1000 Betten bezeichnet, weiter vergrößert durch Auf- und Anbauten und Neubauten. Sie werden zugleich nach allen Richtungen hin verbessert, „modernisiert"; Zellen werden entfernt und in Säle umgewandelt, Kanalisation, Wasserspülklosetts, zentrale Heizung, elektrisches Licht usw. usw. werden eingeführt.

[1]) Referat, erstattet auf der 20. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 7. Juli 1913 in Danzig.



Starlinger [1]) kommt zu einer absoluten Ablehnung der Anstalten von über 1000 Geisteskranken. Er erblickt mit anderen das optimum um 800—1000 Kranke. Wieder andere sind für die großen Anstalten von über 1000—1500 und bis über 2000 Kranke. Nach dieser Richtung hin dürfte aller Voraussicht nach auch die weitere Entwicklung stattfinden.

Persönlich bin ich ein Anhänger der großen Anstalten. Ich kann hier auf alle Gründe für und wider nicht näher eingehen. Einiges möchte ich aber doch anführen, was nach meiner Meinung bei den Gründen für die großen Anstalten, insbesondere solche von 2000 bis 2400 Kranken, mehr betont zu werden verdiente.

Bei geeigneter Organisation, d. h. bei Zerlegung des Ganzen in mehrere ärztlich selbständige Gruppen, wird hier die Behandlung des einzelnen Kranken mindestens ebenso gut und individuell sein, wenn nicht besser und in höherem Grade individuell, wie bei 800—1000 Kranken.

Ferner wird jeder, welcher einmal mit mehreren Häusern für die verschiedenen Krankenkategorien (ruhige, halbruhige, unruhige Kranke, Sieche) gearbeitet hat, diese nur von der großen Anstalt gebotene Annehmlichkeit zu schätzen wissen. Es lassen sich dann viel feinere Unterschiede machen, nicht zusammenpassende Kranke lassen sich leicht trennen, kurz dem Individualisieren kann weit mehr Rechnung getragen werden, wie in einer kleinen Anstalt mit z. B. nur einem Haus für unruhige Kranke, in dem sich dann eben alle unruhigen Elemente konzentrieren müssen.

Schließlich wird die große Anstalt ausbildend für die Ärzte und wissenschaftlich ganz anderes leisten können, wie eine kleine. In erster Linie dadurch, daß nur eine große Anstalt die Anstellung eines pathologischen Anatomen ermöglicht, welcher vor allem die Hirnuntersuchungen und sodann die bakteriologischen, zyto- und serologischen Untersuchungen auszuführen hätte. Bei den außerordentlichen Anforderungen, welche die moderne Irrenbehandlung an den einzelnen Arzt stellt, ist er beim besten Willen nicht mehr imstande, noch wissenschaftlich sich intensiver zu betätigen und vor allem die viele

[1]) *Starlinger*, Betriebskosten und Anstaltsgröße. Psychiatr.-neurologische Wschr. 1912/13 Nr. 33 und Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke, Psychiatr.-neurolog. Wschr. 1913/14 Nr. 12 und 13.



besondere Kenntnisse und viele Zeit erfordernden serologischen usw. Untersuchungen noch auszuführen.

Ich kann mich auch der Ansicht nicht verschließen, daß sich in einer großen Anstalt schließlich doch viel billiger wesentlich bessere und modernere Einrichtungen nach allen Richtungen hin treffen lassen, wie bei einer kleinen Anstalt, d. h. für das gleiche Geld vermag die große Anstalt mehr zu bieten, besseres zu leisten, wie die kleine.

Man vergleiche doch einmal das, was z. B. Bedburg-Hau bietet, wo das Bett einschließlich Grunderwerb, Inventar und Bauzinsen 5000 M. kostet, mit dem, was eine kleine Anstalt (500—1000 Kranke) bei dem gleichen Preis für das Bett zu bieten vermag. Das gleiche gilt hinsichtlich der Betriebskosten.

Zu erwähnen ist auch der Anschluß von zwei Anstalten von ca. 1000 Kranken an gemeinschaftliche Zentralen.

In einigen Fällen ist das bereits durchgeführt, in einem andern in Ausführung. Entschließt man sich zu selbständigen ärztlichen Abteilungen innerhalb der großen Anstalt, so dürfte sich dieser Modus erübrigen.

Der L a g e p l a n der Anstalten ist mit ihrer zunehmenden Größe im wesentlichen der gleiche geblieben, wie früher.

Die Mittellinie wird von den Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäuden, Wasserturm, Maschinenhaus und den von beiden Geschlechtsseiten gemeinschaftlich zu benutzenden Baulichkeiten (Gesellschaftshaus, Kirche) eingenommen.

Auf der einen Seite dieser Mittellinie sind die Krankenhäuser für die Männer, auf der anderen die für die Frauen.

Mehrfach ist man hier dazu übergegangen, die einzelnen Häuser nicht mehr in Linie aufeinander folgen zu lassen, sondern man hat die Häuser an halbkreisförmige oder mehr gewundene Wege gebaut, um eine gefälligere, weniger eintönige Wirkung zu erzielen.

In manchen Anstalten hat man die Wirtschaftsgebäude und vor allem das Maschinenhaus an das Ende der Anstalt gelegt, um den Lärm, insbesondere den durch die Kohlenzufuhr verursachten, durch Benutzung von besonderen außerhalb der Anstalt gelegenen Zufahrtstraßen und Anschlußgleisen von den Krankenhäusern fernzuhalten.

Das P a v i l l o n s y s t e m ist ebenfalls geblieben.

Korridore fehlen meist ganz oder sind auf kurze Strecken beschränkt. Die Pavillons sind indes teilweise erheblich größer und zweigeschossig geworden. Von einer Belegzahl von 30, 40, 50 Kranken kam man allmählich auf 100, 120, 140, 200 Kranke in zweigeschossigen Bauten. Es



ist auch ein Pavillon für 286 Kranke gebaut und ein weiterer bei einer anderen Anstalt geplant.

Bei den zweigeschossigen Bauten für Bettbehandlung bildet jedes Geschoß eine besondere Krankenabteilung (Station) für sich. Man wird natürlich mit zunehmender Größe des Hauses noch weiter gliedern können. Die Größe der Anstalten und die damit nötige Einschränkung der Zahl der Gebäude brachte die großen Pavillons mit sich. Auch vom ärztlichen Standpunkt bestehen dagegen bei zweckmäßiger Gestaltung der Pavillons bei der Mehrzahl der Krankenkategorien keine Bedenken.

Die Zahl des erforderlichen Pflegepersonals ist geringer, gegenseitige Hilfeleistung, Übersicht, Verlegung, ärztlicher Dienst, Versorgung mit Speisen usw. sind erleichtert.

Wie früher unterscheidet man Pavillons für Aufnahmen, Häuser für halbruhige Kranke (Übergangshäuser), Häuser für Unruhige (mehr chronische Fälle), Siechenabteilungen und offene Häuser. Als weitere Typen haben sich ergeben das Lazarett, das Infektionshaus, das Haus für Tuberkulöse, das Bazillenträgerhaus, das Werkstättenhaus, das Wirtschaftswohngebäude und schließlich das Ver- oder Bewahrungshaus für die gefährlichen, fluchtverdächtigen Kriminellen.

Der Bedarf an Bettabteilungen ist im ganzen gewachsen, so daß die Zahl der offenen Häuser vermindert wird. Die Zahl der Abteilungen, welche Tag und Nacht Wache haben, hat ganz erheblich zugenommen. Heute haben fast alle Bettabteilungen Nachtwache.

Die größeren Anstalten haben nicht mehr „das Aufnahmehaus", sondern ein Aufnahmehaus für ruhige, ein solches für halbruhige und ein weiteres für unruhige Kranke.

Gemeinhin hat die Überzeugung Platz gegriffen, daß große Säle für 16—20 Kranke oder noch mehr insbesondere für frisch Erkrankte und für unruhige Kranke nicht zweckdienlich sind.

Die Säle mit 16—20 Betten hat man daher verlassen und ist zu mehreren nebeneinander liegenden Sälen mit 6, 10, 12 Kranken übergegangen. Zugleich hat man im Anschluß an die Säle eine Reihe von Zimmern für einen, für zwei oder vier Kranke vorgesehen.

In den Häusern für Unruhige werden außerdem einige festere Einzelzimmer für nötig erachtet.

Sie sind in der Regel in einem an den Wachsaal anschließenden Korridor nebeneinander angeordnet. Eine fächerförmige, radiäre Anordnung der Einzelräume, welche bedingt, daß die Einzelräume eine keilförmige Gestalt erhalten, hat sich nicht bewährt. Eine leichtere Über-



wachung bietet sie nicht. Die Einzelräume schallen bei dieser Form außerordentlich, und dadurch, daß die Einzelräume mit ihrem Türende alle verhältnismäßig dicht beisammen sind, stört ein Erregter einen andern, der vielleicht eben beginnt sich zu beruhigen, erheblich.

Eine Anstalt hat in dem Haus für unruhige Kranke drei Wachsäle und das Dauerbad so gruppiert, daß von einem Punkte in der Mitte alle diese Räume nebst ihren Klosetts übersehen werden können. Dieser „panoptische Punkt“ hat eine offene Seite, die als eigentlicher Zugang dient, während die drei andern Seiten durch Türen mit großen Fenstern aus dickem Kristallglas abgeschlossen sind.

Die mehrfach geübte Trennung der einzelnen Säle durch Tagesräume hat m. E. wenigstens bei Häusern für Erregte und für streng überwachungsbedürftige Kranke ihre Mängel. Die Übersicht leidet, es ist mehr Personal nötig, der Tagesraum wird von zwei Seiten her beunruhigt.

Die Aufnahmestationen gestaltet man noch vorwiegend eingeschossig und für 30, 40, 50 Kranke. Man kann aber ohne Bedenken diese Häuser zweigeschossig gestalten und zwei Abteilungen à 40—50 Kranke einrichten, etwa für ruhige und halbruhige, überwachungsbedürftige Kranke, oder für ruhige Kranke und Sieche, oder für halbruhige und unruhige Kranke.

Der mehrfach geäußerte Gedanke, die Aufnahmehäuser für ruhige, halbruhige und unruhige Kranke nahe beisammen zu gruppieren und sie durch gedeckte Gänge oder noch besser in geschickter Anordnung sie baulich unter einem Dach zu vereinigen, ist sehr der Beachtung wert.

Eine der neuesten Anstalten hat in außerordentlich geschickt angelegter Weise Männer- und Frauenaufnahmestation in einem Hause vereinigt. Das Obergeschoß enthält den Operationssaal, eine kleine Isolierabteilung und Siechenabteilungen. Die Geschosse sind durch Aufzüge verbunden. In dem Hause sind 286 Kranke untergebracht.

Die Siechenhäuser sind diejenigen Bauten, welche man fast durchweg wesentlich vergrößert hat, bis zu einer Belegzahl von 150 Kranken. Bei ihnen können die einzelnen Säle größer sein und bis zu 20 Kranke aufnehmen. Aber auch hier sind mehrere Zimmer für 1—2 und 3—4 Kranke angezeigt und vielfach vorgesehen.

Die Häuser für sogenannte halbruhige Kranke haben sich in ihrer Gestaltung wenig geändert.

Ihre Belegzahl ist in der Regel 50—60. Im Erdgeschoß sind die



Tagesräume, im Obergeschoß die Schlafräume, wobei man auch mehr auf kleinere Säle und Zimmer für 2, 3, 4 Kranke Wert legt.

Die Belegzahl kann auch hier weiter gesteigert werden (70—100). Es ist angebracht, in dem Hause eine kleine Wachabteilung unterzubringen, falls einer der Kranken vorübergehend wieder der Bettbehandlung bedürfen sollte.

Unter den Lazarettabteilungen wird etwas Einheitliches nicht verstanden. Früher war das Lazarett bekanntlich das Haus für ruhige, dauernd überwachungsbedürftige Kranke, in welchem zugleich die körperlich Kranken ihre Behandlung fanden.

Heute ist es im wesentlichen charakterisiert durch den Operationssaal mit allen dazu gehörigen Nebenräumen und einigen Zimmern für chirurgisch kranke Beamte, Pfleger und Angestellte oder deren Familienmitglieder. Man hat auch das Lazarett für Männer- und Frauenseite gemeinschaftlich gebaut, einen Flügel für Männer, einen für Frauen.

In erster Linie werden hier die chirurgisch Kranken vereinigt, dann auch körperlich Kranke. Daneben dienen die größeren Räume als Überwachungsstation für ruhige oder für halbruhige Kranke. Die Tuberkulosestation findet sich manchmal darin. Auch sind Teile davon als Infektionsabteilung abgetrennt. Entsprechend der verschiedenartigen Benutzung wechselt auch die Belegzahl dieser Häuser zwischen 26, 40, 60—80—100 Kranken.

Die Infektionshäuser sind meist kleine Abteilungen mit 5—12, 16—26 Krankenbetten. Ihre Einrichtung geschieht ganz nach den Prinzipien der entsprechenden Stationen allgemeiner Krankenhäuser.

Zweckmäßig ist zuweilen auch bei ihnen Vorsorge getroffen, daß Beamte, Angestellte und deren Angehörige im Falle der Erkrankung an einer ansteckenden Krankheit daselbst Aufnahme finden können. In der Regel werden diese Infektionsabteilungen, wenn sie nicht im Gebrauch sind, mit den Tuberkulösen belegt, oder das Haus ist im wesentlichen Tuberkulosestation, hat aber eine kleine für alle Fälle bestehende, ganz abgetrennte Infektionsabteilung und wird erst bei weiterer Ausdehnung einer der akuten Infektionskrankheiten geräumt. Teile dieser Häuser werden auch zur Isolierung von Bazillenträgern (Typhus, Ruhr) benutzt.

Manche Anstalten haben besondere Tuberkulosehäuser, zuweilen unter einem Dache Männer und Frauen, ein Flügel für die männlichen, ein Flügel für die weiblichen Kranken.



Hier ist alles, wie in den Infektionshäusern überhaupt, für peinlichste Desinfektion vorgesehen (besondere Geschirrdesinfektionsapparate usw.). Außerdem sind hier wie auch in den Infektionshäusern einige feste Einzelräume und Zimmer, geeignet zur Bettbehandlung unruhiger Kranker.

Eine Anstalt hat ein besonderes Typhusbazillenträgerhaus gebaut. Sollte die Zahl der Typhus- und Ruhrbazillenträger in den Anstalten einer Provinz sich stark vermehren, so wäre der Bau eines ähnlichen Hauses bei einer Anstalt der Provinz zur Konzentrierung und Unschädlichmachung der Bazillenträger zu überlegen.

Einige Behörden haben bereits ein Haus einer Anstalt zu diesem Zwecke bestimmt.

Einen besonderen Typ von Häusern haben wir in dem Werkstättengebäude und in dem Wirtschaftswohngebäude erhalten.

Das Werkstättengebäude enthält die Mehrzahl der Werkstätten. Also für Schneider, Schuster, Sattler, Maler, Tischler, Buchbinder usw. Auch Schlosserei (Klempner) und Schmiede finden sich da. Anderenorts hat man diese letzteren Werkstättenbetriebe wegen ihres Geräusches nicht in das Werkstättengebäude hereingenommen, sondern dem Maschinenhause angegliedert, was als das Bessere zu erachten ist.

Im Werkstättengebäude sind mitunter auch Materialvorratsräume, Wohnungen für die Meister und die Kranken, welche sich im Werkstättengebäude beschäftigen. Da der Zustand einer großen Zahl der in den Werkstätten arbeitenden Kranken ihr freies Wohnen daselbst nicht erlaubt, so hat man von Räumen für Unterbringung von Kranken in den Werkstättengebäuden wieder abgesehen.

Die Werkstättengebäude sind zum Teil mit allen Errungenschaften der Neuzeit ausgestattet, mit Maschinen, Elektromotoren usw.

Seinen Platz findet das Werkstättengebäude auf der Seite der Männer oder besser in der Mittellinie der Anstalt in der Reihe und Nähe der Wirtschaftsgebäude, wodurch der Verkehr und vor allem auch die Kontrolle erleichtert werden. Ist Schmiede und Schlosserei in dem Hause, so ist sein Platz neben dem Maschinenhause.

Das Wirtschaftswohngebäude ist gruppiert zwischen Waschküche und Kochküche. Es enthält, mit der Waschanstalt durch Gänge verbunden und mit Aufzügen versehen, große Nähstuben zur Ausbesserung der Wäsche usw. In ihnen wohnt die Mehrzahl derjenigen kranken Frauen, welche Näharbeiten verrichten und welche in Koch- und Waschküche arbeiten.



Es enthält zugleich Wohnungen für die Vorsteherinnen des Wäschereibetriebes und für andere weibliche Angestellte. Auch ein gemeinsames Eßzimmer für das Personal der Koch- und Waschküche kann da eingerichtet sein. Unbedingt notwendig ist ein solches Haus nicht.

Die sogenannten offenen Häuser sind in der Anlage im ganzen wenig geändert worden. Sie haben auch die Neigung, größer zu werden. Ihre früher übliche Belegung mit etwa 30 Kranken hat sich vielfach auf 40—50—80 erhöht. Sie werden mehr an die Zentralheizung, an die Warm- und Kaltwasserleitung angeschlossen und erhalten eigene Baderäume für Wannen- und Brausebäder.

Damit verschwindet immer mehr das Zentralbad (Wannen und Brausen), welches z. T. bekanntlich auch als Schwimmbad ausgestaltet war, aber nach dieser Richtung hin kaum benutzt wurde. Im Winter ist es für die Kranken jedenfalls nicht empfehlenswert, nach einem Bad erst nach Hause gehen zu müssen. Das Verschwinden der Zentralbäder ist daher nicht zu bedauern.

Die großen Anstalten hat man aus ökonomischen und Verwaltungsgründen z. T. nur für Kranke der niedern Verpflegungsklassen bestimmt, so daß dfe Kranken I. und II. Klasse nur nach einigen Anstalten einer Provinz kommen.

Das „Pensionat", d. h. das Haus, in welchem die ruhigen Kranken I. und II. Klasse untergebracht sind, während die unruhigen und überwachungsbedürftigen Kranken dieser Klassen auf die anderen Stationen verteilt werden, findet sich seltener.

Es sind innerhalb neuer Anstalten „Pensionäranstalten" entstanden, eine Anstalt gewissermaßen im kleinen mit Aufnahmehaus, Lazarett, Landhäusern usw., besonderen Beschäftigungsgelegenheiten, besonderer Küche, in welcher die Damen der Pensionärabteilung mitarbeiten können u. a. m.

Aber auch in den älteren Anstalten werden Änderungen in diesem Sinne getroffen und teilweise auch Neubauten ausgeführt.

Die Häuser für Bettbehandlung erhalten alle geräumige, zweckdienlich gestaltete Veranden und Loggien zu Liegekuren in der freien Luft, sei es, daß man die Kranken mit ihren Betten herausbringt oder daß man sie auf Liegestühlen lagert. Manche Veranden haben Glasdächer, um den Sälen möglichst wenig Licht zu rauben, andere sind verglast und haben z. T. versenkbar konstruierte



Glasfenster zur Benutzung auch bei schlechtem Wetter. Die Veranden der oberen Geschosse sind, wenn die Art der Kranken es erfordert, mit Drahtgittern versehen. Man hat auch Veranden und Loggien des Erdgeschosses durch breite, fahrbare Rampen mit dem Garten verbunden.

Die Freiluft-Liegekuren finden immer mehr Anwendung.

Eine Änderung erfahren anscheinend allmählich die Dauerbadeanlagen. Die großen Baderäume mit 6, sogar 8 Wannen werden seltener. Man erreicht mit Bädern von 1—2 Stunden Dauer, eventuell am Tage wiederholt, das gleiche, wie mit den über Tage und womöglich über Nächte sich ausdehnenden Bädern. Je mehr unruhige Kranke man außerdem gleichzeitig badet, desto mehr regt einer den andern auf, trotz der mehrfach angewandten „optischen Isolierung" im Dauerbad durch zwischengebaute, das gegenseitige Sehen verhindernde, niedere Wände u. dergl. Die Dauerbaderäume werden demnach wieder kleiner, und man stellt nicht mehr wie 4, 3 oder 2 Wannen auf.

Auch von den Mischbatterien und den elektrischen Meldern für zu hohe und zu niedere Temperatur des Badewassers kommt man immer mehr ab. Sie sind in ihrer Funktion unzuverlässig und daher gefahrvoll.

Ein getrennter Hahn für heißes und warmes Wasser, wie das früher der Brauch war, ist das Beste.

Als Wannen sind die gewöhnlichen emaillierten Wannen aus Gußeisen völlig genügend, zudem die billigsten und viel im Gebrauch. Die Fayencewannen sind gut, sehr teuer und nicht unumgänglich nötig. Ist das Badewasser zu kalt geworden, so läßt man ablaufen und füllt mit einem Eimer, in dem man sich Wasser von ca. 60 ° C zurecht gemacht hat, solange nach, bis der nötige Wärmegrad des Wassers wieder erreicht ist.

Um sich das Wasser in dem Eimer bequem mischen zu können, sind im Baderaum besondere Zapfhähne für heißes und kaltes Wasser nötig. Unter ihnen kann ein Mischbecken angebracht werden, in welchem man sich das Wasser zum Nachfüllen auf die nötige Temperatur einstellt. In dem Dauerbaderaum ist weiterhin ein Wasserspülklosett aufgestellt, Vorrichtungen zur Entfernung der Wasserdämpfe sind angebracht (elektrisch betriebene Ventilatoren), und Wäschewärmer sind hier, wie in fast allen Baderäumen, vorhanden.

Nicht unerwähnt will ich hier lassen, daß man auch Dauerbäder im Freien aufgestellt hat.

Ein allgemein zu verzeichnender Fortschritt ist es, daß man jetzt immer mehr auf allen Stationen oft die peinlich vermißten Nebenräume einrichtet. Garderoben (Handgarderoben und Wäsche),



Stiefelablage, Gerätekammer, Besuchszimmer, Zimmer für Kranke mit Verdacht auf ansteckende Krankheiten, für Moribunde, für ärztliche Untersuchung. Das früher kaum einmal vorhandene ärztliche Untersuchungszimmer fehlt heute fast auf keiner Bettstation.

In den Aufnahmestationen ist ein besonderes Aufnahmebad. Von dem Aufnahmebad kommt der Kranke in das neben demselben liegende ärztliche Untersuchungszimmer und erst nach stattgehabter Untersuchung auf einen der kleinen Wachsäle.

Nicht selten ist in einem der Aufnahmehäuser auch die Wohnung eines unverheirateten Arztes vorgesehen.

Die Spülküche liegt in geeigneter Weise so, daß sie vom Hauseingang, der Treppe her direkt zugänglich ist und eine Wand nach dem Tagesraum zu hat. In dieser Wand bringt man eine, wie eine halbe Tür verschließbare, Öffnung an, durch welche die fertigen Portionen in den Tagesraum gereicht werden (Ausgabeschalter). Auf diese Art müssen weder die Speisekessel durch Krankenräume getragen werden, noch kommen Messer und Gabel in diese Räume.

Große Doppelspülbecken (emailliert oder aus Duranametall) mit heißem und kaltem Wasser, Brotschneidemaschinen, elektrische Kocher, an die Heizung oder an die Warmwasserleitung angeschlossene Wärmeschränke erleichtern den Betrieb.

Bei den Mahlzeiten werden mehrfach auch Serviettten ausgegeben.

Wesentlich verbessert haben sich auch die Einrichtungen für das Waschen der Kranken. In besonderen Waschräumen (mitunter zugleich Baderaum), in neuerer Zeit auch mehr und in empfehlenswerter Weise in den Krankensälen selbst sind Waschtische aufgestellt mit Zapfhähnen, deren Bedienung auf manchen Stationen geeigneten Kranken selbst überlassen wird. Es ist Vorsorge getroffen, daß jeder Kranke nicht nur ein besonderes Handtuch und Waschlappen, sondern auch besonderes Wasserglas, besonderen Kamm, Zahnbürste und Seife hat. Zu diesem Zweck hat man Regale über den Waschtischen angebracht oder schöne Lattenschränke, welche an der Wand befestigt werden, konstruiert mit einem besondeern Fach für jeden Kranken. Das Anbringen von Fächern zu diesem Zweck in der Wand dürfte weniger ratsam sein.

Die in schlechter Erinnerung stehenden, vor 10—13 Jahren noch üblichen Klosettstühle, in besonderen Fällen „Torfmullstreuklosetts" der Wach- und Schlafsäle sind wohl allenthalben verschwunden. Zunächst hat man Wasserspülklosetts in den einzelnen Wachsälen selbst angebracht und um sie einen niederen Schirm gestellt. Sehr oft geschieht das auch heute noch. Schön ist es nicht und vermeidbar. Ein Fortschritt sind die sogenannten Nischenklosetts. Eine Saalecke wird nischenartig ausgebaut und darin das Wasserspülklosett aufgestellt. Die Nische hat



eine Tür mit großen Fenstern aus dickem Kristallglas, so daß der Kranke mit dem Oberkörper während der Benutzung des Klosetts für den Pfleger sichtbar bleibt. Die bessere, jetzt auch meist gewählte Lösung ist die, daß man richtige Klosetträume ohne Vorraum in größerer Zahl und von zwei Sälen aus zugänglich baut, in denen 2—3 Sitzklosetts ohne Zwischenwände, 1 Pissoir (häufig Pissoire mit Tropfwasserrinnen und periodischer Spülung) und Wasserhähne (Dornschlüssel!) mit einem Ausguß sich befinden. Die Kranken sind angehalten, sich nach jeder Klosettbenutzung die Hände zu waschen. Die Klosetts selbst sind jetzt vorwiegend Feuertonschalenklosetts ohne Holzbrille. Auf Stationen für unruhige Kranke benutzt man auch solche aus emailliertem Gußeisen ebenfalls ohne Brille. Die Zugvorrichtungen für die Bedienung der Wasserspülklosetts liegen meist frei über Verputz.

Die Türen nach den Klosetts, wie die Türen nach den Nebenzimmern für ein, zwei, drei oder vier Kranke sind häufig in ihrem oberen Teil mit größeren Fenstern versehen, durch welche man bequem den ganzen Raum übersieht.

Ein Fortschritt ist weiterhin darin zu erblicken, daß man stellenweise wenigstens wieder von den festen Fenstern mit seitlichen Drehflügeln bei festem Mittelteil und ähnlichen Konstruktionen abkommt. Diese meist überaus teuren, die Lüftung und den Ausblick behindernden Fenster sind im Grunde doch nichts anderes, wie ein in das Fenster selbst verlegtes Gitter, und dann spricht man von gitterloser Anstalt. Man hat dafür an denjenigen Häusern, welche dieser Sicherung bedürfen, wieder Gitter angebracht, und zwar gefällige Korbgitter, welche ausgiebige Lüftung und auch seitlichen Ausblick gestatten. Man kann dann ganz gewöhnliche Fenster mit dem gewöhnlichen dünnen Glas auch bei den Häusern für unruhige Kranke benutzen, nur empfiehlt es sich, neben dem gewöhnlichen, von jedem zu öffnenden Fensterverschluß noch besondere, nur mit einem Dornschlüssel zu benutzende Verschlüsse anzubringen, um unangebrachtes Öffnen durch die Kranken zu verhindern. Auf solche Weise etwas gesicherte, sonst ganz gewöhnliche Fenster genügen für alle Wachstationen der ruhigen Häuser und der Siechenabteilungen und sind mehrfach in Anwendung. Wenn man auf dickes Fensterglas nicht verzichten will, so muß man, wie das ja vielfach auch geschieht, tatsächlich unzerbrechliches, 2 cm, besser 2,5 cm dickes Glas nehmen (bei engerer Sprossung). Das viel benutzte Glas von 4—6 mm Dicke ist gefährlich. Es zerbricht, wenn hineingeschlagen wird, doch, zersplittert aber nicht in der ausgiebigen Weise wie gewöhnliches Glas, sondern bleibt in Zacken stehen und führt so zu den schwersten Wun-



den mit Arteriendurchtrennung usw. Kürzlich erlebte ich, daß ein Kranker mit dem Kopf voraus durch ein Viereck einer Doppeltür aus gewöhnlichem Glas (also durch zwei Scheiben) mit dem ganzen Körper glatt hindurch sprang und sich nur eine ganz kleine Hautabschürfung über einem Auge zuzog.

Bei den festen Einzelräumen sind die Fenster meist über Kopfhöhe angebracht und daher entsprechend niedriger. Sie bestehen aus einem starken, eisernen, in der Mauer verankerten Rahmen, in welchem kleine, 2,5 cm dicke Scheiben durch horizontal und vertikal gelegte, mehrere Zentimeter breite, starke, vernietete Eisenplatten festgehalten werden. Die Lüftung geschieht dadurch, daß die eine Hälfte einer mittleren Reihe der kleinen Scheiben nach der Seite verschieblich ist. Es gibt natürlich auch andere Konstruktionen, z. B. Doppelfenster: außen gewöhnliches Fenster, innen Fenster in gewöhnlicher Größe aber mit enger Sprossung und dickem (2,5 cm) Glas. Von Verdunkelungsvorrichtungen, Verschluß der Fenster von außen und ähnlichen Einrichtungen der früheren Zeit ist man abgekommen.

In den Tagesräumen werden jetzt häufiger wie früher kleine Wandbrunnen angebracht, aus denen sich die Kranken durch Druck auf einen Knopf oder ähnliche Vorrichtungen nach Belieben frisches Wasser selbst nehmen können.

Als Fußbodenbelag hat der Stabfußboden in Asphalt verlegt vor allen anderen, welche einmal eine Zeitlang in großer Zahl aufgetaucht waren, den Sieg behalten. Nur das Linoleum auf Magnesitestrich bürgert sich auf den ruhigen Stationen allmählich mehr ein. Linoleum wird auch als Betttischbelag und als Belag der Innenseite der Türen der Infektionshäuser und Lazarette verwandt.

Von einer Unterkellerung der Krankenhäuser wird vielfach Abstand genommen. Sie erfolgt nur soweit, wie die Heizanlage und die Gänge für die Leitungen das erfordern. Der Fußboden selbst und die Decken werden jetzt in der Regel aus Eisenbeton hergestellt.

Die Beleuchtung ist in den neuen Anstalten durchweg elektrisch. Auch die älteren Anstalten haben sie eingeführt oder sind dabei. Als Beleuchtungskörper dienen in der Regel Pendellampen. Für die Nachtbeleuchtung der Wachsäle findet man öfters sogenannte Dunkelschalter, welche auf helles und mattes Licht einzuschalten sind, oder solche, welche vier Abstufungen ermöglichen. Letztere jedenfalls sind häufig reparaturbedürftig. Eine andere einfache Methode kommt öfter in Anwendung. Man bringt je nach der Größe des Saals ein oder zwei Deckenbeleuchtungen an, wie in den Eisenbahnwagen, aber aus



dickem, dunkelblauem Glas. Nach Ausschaltung der gewöhnlichen Beleuchtung werden diese eingeschaltet. Einfache blaue Birnen wirken zu grell und greifen das Auge an. Über dem Tisch der Nachtwache hat man eine besondere Ziehlampe angebracht, damit die Nachtwache lesen und schreiben kann. Die Lampe hat einen überhängenden grünen Schirm, damit das Licht nur auf den Tisch fällt und eine Belästigung der Kranken vermieden wird.

Als die praktischste Art der *Heizung* scheint sich die Fernwarmwasserheizung zu bewähren und in zunehmendem Maße Eingang zu finden. Sie gestaltet sich auch sehr billig im Betrieb, vor allem durch Benutzung des Abdampfes, des Kondenswassers usw. Die Heizkörper, früher vielfach verkleidet, stellt man jetzt frei auf unter dem Fenster oder an der Wand. Die zu- und abführenden Röhren sind unter Verputz; man hat sie aber auch schon, ebenso wie andere Röhren, ohne schlechte Erfahrungen selbst auf Stationen für unruhige Kranke frei liegen lassen. Früher war man bei der Beheizung der festen Einzelräume häufig trotz sonstiger anderer Heizung bei der Luftheizung geblieben. Auch jetzt geschieht das zum Teil noch. Mehrfach hat man auch die Warmwasserheizung eingeführt, indem man rechts und links von der Tür die Heizkörper schräg aufstellte und einmauerte, so daß eine Verjüngung des Einzelraumes nach vorn zu entstand, oder indem man sie rechts und links neben der Tür in der Wand selbst unterbrachte. Hier sind bessere Bedingungen für die Reinigung von außen gegeben. Die warme Luft strömt in den Einzelraum durch fest eingefügte durchlöcherte Eisenscheiben. Räume, welche nicht regelmäßig benutzt werden, und bei denen es dann auf rasche Erwärmung ankommt (z. B. Kirche, Gesellschaftshaus usw.) sind meist mit besonderer Niederdruckdampfheizung ausgestattet.

Die *Warmwasserversorgung* ist teils an die Fernheizung angeschlossen, indem das Wasser in im Keller der Häuser aufgestellte Boilern durch zugeführten Dampf bzw. heißes Wasser erwärmt wird, teils ist sie im Kesselhaus zentralisiert (Gegenstromapparate, Abdampfbenutzung).

Lüftungsanlagen sind fast überall auf Bettstationen und bei den Einzelräumen vorhanden und so eingerichtet, daß mehrmaliger Luftwechsel auch ohne Fensteröffnung möglich ist. Die in den Lüftungsanlagen zuströmende Luft wird auch vorgewärmt. Auch mit einer Ozonanlage ist in einigen Anstalten die Lüftungseinrichtung verbunden. Manche halten die Lüftungsanlagen überhaupt für überflüssig und wärmeraubend und erklären die Fensterlüftung für völlig ausreichend. Bei Wachsälen und Einzelräumen (zumal mit sogen. festen Fenstern) wird man die Lüftungsanlage indes nicht entbehren können.

Die *Bettstellen der Kranken* sind heute alle aus Gasrohr und Eisen mit Ölfarbenanstrich. Sie haben Spiraldrahtmatratzen, bei geeigneten Kranken mit aufstellbarem Kopfgestell. Eine für alle Kranke



geeignete Spiraldrahtmatratze ist leider noch nicht erfunden. Gewisse Kranke werden immer wieder die Spiraldrähte beschädigen durch Herausreißen und Verbiegen. Die Bettstellen mit Bandeisenboden, welche man solchen Kranken mitunter gibt, sind hart und unschön. Erfreulicherweise haben sich die Strohsäcke aus den Anstalten entfernt oder es geschieht doch allmählich. Sie sind vollkommen vermeidbar. Ein großer Fortschritt sind die dreiteiligen Matratzen und Ersatz von Roßhaardritteln bei unreinen Kranken durch Indiafaserdrittel. Viel im Gebrauch und bewährt sind auch Kapokmatratzen.

Eine immer größere Beachtung wird einer geeigneten Beschäftigung der Kranken zugewandt. So hat man in den letzten Jahren in vielen Anstalten das Spinnen, Weben und Klöppeln eingeführt. Besondere Räume wurden für diese Arbeitszweige geschaffen, z. T. unter Benutzung von Kellerräumen der Krankenhäuser für die Weber. Vielfach hat man auch sonst, um strenger überwachungsbedürftige Kranke beschäftigen zu können, in den Krankenabteilungen selbst besondere Räume zur Beschäftigung eingerichtet oder von vornherein vorgesehen, so Zimmer für Näherinnen u. dgl., für Schneiderei, für Kartonagearbeiten u. a. m.

Auch von den Gärten der einzelnen Häuser, speziell auch der Wachabteilungen, hat man einen Teil als Gemüseland bestimmt, um Gelegenheit zur Beschäftigung von Kranken im Freien, in nächster Nähe der Abteilung und unter sorgsamster Aufsicht zu haben.

Die Gärten haben jetzt meist einen mittelhohen Drahtzaun. Dieser wird berankt durch Anpflanzung von Teufelszwirn, wildem Wein, Rankenrosen u. a. m. Auch die Gärten der Häuser für unruhige, fluchtverdächtige Kranke hat man zum Teil lediglch durch höhere Drahtzäune gesichert. Mauern sind indes hier noch die Regel und auch entschieden das Beste.

Erhebliche Fortschritte sind in der Unterbringung und bei den Einrichtungen für das Pflegepersonal zu verzeichnen.

Das Pflegepersonal schläft heute in der Regel wohl nicht mehr mit den Kranken zusammen. Für das zur etwaigen Hilfe für die Nachtwache nötige Pflegepersonal hat man im Anschluß an den Wachsaal oder doch in dessen nächster Nähe besondere Zimmer eingerichtet. Diese Zimmer haben zweckdienlich eine zweite Tür, welche nach dem Korridor geht, damit ein etwa daselbst noch schlafender beurlaubter Pfleger in das Zimmer kann, ohne Krankenräume zu passieren.



Auch auf den Häusern für ruhige Kranke hat man neben den Schlafsälen der Kranken besondere Zimmer für das Pflegepersonal, mitunter mit einem Beobachtungsfenster nach dem Schlafsaal zu.

Für das des Nachts akbömmliche unverheiratete Pflegepersonal sind vielfach die Dachgeschosse ausgebaut und daselbst einzelne Schlafzimmer oder Schlafräume und Wohnräume eingerichtet. (Verbindung gegebenenfalls mit dem Wachsaal durch elektrische Klingel.) Manche Anstalten haben sogenannte Pflegerinnenheime und Pflegerheime. Zum Teil nur mit Unterhaltungs-, Spiel-, Lese- und Speisezimmern, zum Teil auch mit einzelnen Zimmern für das unverheiratete Pflegepersonal oder mit Schlafräumen für die Nachtwachen.

Auf den Abteilungen finden sich auch besondere Eßräume für das Pflegepersonal eingerichtet. Sein Essen wird besonders gebracht.

Auch besondere Klosetts mit besonderem Eingang werden auf den Abteilungen für das Pflegepersonal bestimmt oder bei Neubauten vorgesehen.

Für die Nachtwache sind elektrische Kocher in der Wand des Wachsaals angebracht.

Mehrfach sind auch besondere Räume bei Erkrankung des Pflegepersonals vorhanden.

Für den Unterricht dienen besondere Unterrichtzimmer mit Lehrmittelsammlungen.

Die verheirateten Pfleger und Angestellten wohnen in sogenannten Pflegerdörfern, welche sich an Ausdehnung zunehmend auch bei den älteren Anstalten immer mehr entwickeln. Es gibt Doppelwohnhäuser, auch 4- bis 6-Familienhäuser. Die Wohnungen sind praktisch und gut, haben meist elektrisches Licht, Wasserleitung, Wohnküche, 2 große Zimmer, eine Kammer, Boden- und Kellerraum, Gartenland und einen Stall für Hühner, Ziegen und Schweine. — Häufig sind in den Häusern im Dachgeschoß noch ein oder zwei Räume vorgesehen zur Familienpflege Geisteskranker.

In keiner modernen Anstalt fehlt heute eine Desinfektionsanstalt. Sie ist öfters im Keller des Waschküchengebäudes untergebracht oder dem Sektions- und Leichenhaus angegliedert. Vielfach sind einige Oberpfleger und Pfleger richtig als Desinfektoren ausgebildet, geprüft und daher staatlich anerkannt.

Eine der neuesten Anstalten hat bei der Wasserversorgung auf ein Hochreservoir (Wasserturm) verzichtet. Das Wasser wird direkt in die Röhren gepumpt. Durch Erhöhung des Drucks vermag das Wasser im Brandfalle die höchsten Dächer der Anstalt zu übersteigen. Die Kosten für den Wasserturm (hier 60 000 M.)

wurden auf diese Weise gespart und das Wasser kann in dem Reservoir nicht abstehen.

Bei Beseitigung der Abwässer herrschen, an den neuen Anstalten ausschließlich, die Rieselfelder. In der Regel mit Vorklärbassin und Filteranlage. Vorrichtungen zur Desinfektion der Abwässer sind eingerichtet.

Koch- und Waschküchengebäude werden getrennt gebaut, um bequem alle nötigen Nebenräume um den eigentlichen Kochküchen- und Waschküchenraum herumlagern zu können. Neueste Anstalten haben sie auch wieder unter einem Dach vereinigt und in dem Verbindungsbau unter anderem Speiseräume für das Personal und Inspektorbüro untergebracht.

Koch- und Waschküche und Maschinenhaus sind alle mit den modernsten Maschinen ausgestattet. In der Kochküche sehen wir durch Elektromotoren getriebene Gemüseschneidemaschinen, Putzmaschinen, Salatmaschinen, Kaffeemühlen, Passiermaschinen usw. Im Maschinenhaus werden durch elektrische Bahnen die Kohlen zu den Kesseln befördert usw. usw. Kühlanlagen, Eisfabriken, Limonadefabriken sind angelegt.

Immer mehr wird bei den größeren Anstalten eigene Schlächterei und Bäckerei eingerichtet. Die Speisezufuhr zu den Stationen, der Verkehr mit der Wäsche usw. erfolgt durch elektrische Bahnen, durch feuerlose Lokomotiven, durch Automobile.

Statt der früheren „Festsäle" treten uns jetzt sehr oft geradezu vollendete Gesellschaftshäuser entgegen. Besondere Plätze zu Vergnügungen im Freien werden vorgesehen, Spielplätze, Eislaufplätze, Kegelbahnen u. a. m. Manche Anstalten haben auch Turnsäle, Turnhallen, Turnplätze eingerichtet. Mehr wie früher wird jetzt Wert gelegt auf eine möglichst behagliche und freundliche Ausstattung aller Räume für die Kranken.

Man ist mehr für helle, gefällige Farben bei dem Anstrich der Wände, der Fenster und Türen.

Spülküchen, Baderäume sind am Boden und bis zu halber Höhe der Wände mit Fliesen belegt. Auch Stiefelablage und Vorplätze haben Fliesenbelag. Mitunter ist bei dem Fußboden statt des Fliesenbelags (gesinterte Tonplatten) auch Terrazzo verwandt. Die Ausstattung mit Möbeln ist eine reichlichere und bessere. Überall sehen wir bequeme, moderne Stühle und Sessel, Liegestühle usw. Zahlreiche schöne und freundliche Bilder sind an den Wänden auch in den Häusern für unruhige Kranke. Überall sehen wir Blumen, Pflanzen. Blumentische aufgestellt.

Auf ein schönes, harmonisches freundliches Äußere der Bauten wird großer Wert gelegt.

Zahlreiche gärtnerische und Parkanlagen verschönern das Ganze.

Viele Anstalten haben großzügige wissenschaftliche Laboratorien (pathologisch-anatomische, bakteriologische, chemische, serologische, psychophysische, experimentalpsychologische usw.) eingerichtet und Einrichtungen für alle Arten der Elektrotherapie, für Lichtbehandlung und Untersuchung durch Röntgenstrahlen getroffen.

Etwas gesondert von der eigentlichen Anstalt pflegt jetzt öfters noch ein neugeschaffener Typ von Krankenhäusern zu stehen, das Bewahrungshaus. Es erhält am besten auch eine gesonderte Besprechung.

Die ganzen Verhältnisse drängten zur Schaffung solcher Häuser. Wer die Kalamität mit der jetzt daselbst untergebrachten Art von Kranken in den Anstalten erlebt hat, wer vor allem gesehen hat, wie die anderen Kranken unter den erforderlichen außerordentlichen Sicherungsmaßnahmen und durch die ganze Art dieser Kranken leiden mußten, der wird es sicherlich nicht als das Beste empfehlen, diese Kranken wieder auf die einzelnen Anstalten zu verteilen und die Bewahrungshäuser für überflüssig erklären. Der wesentliche Fortschritt ist hier in der Befreiung der Anstalten von dieser Art von Kranken zu erblicken.

Es seien kurz die hauptsächlichen Gesichtspunkte zusammengestellt, welche sich für Bau und Einrichtung der Bewahrungshäuser ergeben haben. Es hat sich auch hier schon ein gewisser Typus ausgebildet.

In erster Linie wird möglichst absolute Sicherheit gegen Ausbruch erstrebt durch genaueste Überwachung (1 Pfleger auf 2 Kranke) und durch Gitter und Mauern. Für jeden Kranken ist ein absolut fester Einzelraum nötig. Am besten für die Mehrzahl je zwei Einzelräume zum Wechseln oder einer als Arbeits-, der andere als Wohnraum.

Bei dem Bau des Hauses werden, um Komplotten vorzubeugen, mehrere getrennte Abteilungen geschaffen, in dem Hause selbst zu 10—12 Kranken bei einer Höchstbelegung des ganzen Hauses von 45—50 Kranken. Vorgesehen werden ferner zwei Wachsäle zu je vier Kranken, zu beiden Seiten eines Pflegezimmers, um von da aus durch vergitterte Fenster mit überwacht zu werden. Zugleich kann Überwachung von außen geschehen durch die geöffnete Tür, indem eine zweite aus einem eisernen Gitter bestehende Tür den Raum geschlossen hält.



Für möglichste Gelegenheit zur Beschäftigung wird gesorgt, wobei solche Arbeiten bevorzugt werden, welche keine gefährlichen Werkzeuge erfordern. Mehrere getrennte Höfe oder Gärten sind erforderlich, um die Kranken in kleinen Gruppen getrennt in das Freie gehen zu lassen. Ein weiterer ummauerter Garten dient zur Beschäftigung geeigneter Kranker mit Gartenarbeit.

Unerläßlich ist auch ein Pförtner, dessen Zimmer ganz von der Station getrennt ist. Durch Alarmglocken und Notsignale in Kenntnis gesetzt, garantiert er so die Herbeirufung von Hilfe.

Auf Einzelheiten in der Einrichtung und Ausstattung dieser Bewahrungshäuser, welche alle auf Sicherung gegen Ausbruch und Gewalttat hinauslaufen, kann ich näher hier nicht eingehen. Der Dienstbetrieb ist in ihnen in besonderer Weise geregelt, es bestehen für sie besondere Dienstanweisungen. Auch die ärztliche Versorgung ist in der Regel einem Arzt besonders anvertraut.

Fassen wir das Ganze zusammen, so kann man mit Freude sagen, daß allenthalben gewaltige Fortschritte statthatten. Nicht nur mustergültige neue Anstalten sind in großer Zahl entstanden, auch in den alten und älteren sehen wir das Ziel dauernd auf Verbesserung gerichtet. Möge sich auch in gleichem Sinne, fortschrittlich, die Zukunft gestalten!



Kasuistischer Beitrag zur Frage der forensisch-psychiatrischen Beurteilung der Heimweh-Verbrecherinnen[1].

Von

Oberarzt Dr. **Roesen**, Landsberg a. W.

In jüngster Zeit ist in der Literatur über durch Heimweh verursachte psychische Veränderungen und hieraus entspringende Konflikte mit dem Strafgesetzbuch nur wenig berichtet worden. Dagegen hat sich *Jaspers*[2]) eingehend hiermit beschäftigt und in seiner interessanten Arbeit „Heimweh und Verbrechen" die bisher beschriebenen Fälle von Verbrechen aus Heimweh, die zum Teil in schwer zugänglichen Schriften zerstreut waren, zusammengestellt und kritisch besprochen. Er bespricht dabei auch den Mechanismus der Heimwehentstehung, die Umstände, die es begünstigen, seine Äußerungsweise und seinen Verlauf. Besonderes Interesse für den Psychiater wie für den Strafrichter erregen jene von ihm zitierten Fälle, in denen von zarten Geschöpfen, jungen, gutmütigen, noch ganz im Kindesalter befindlichen Mädchen mit großer Grausamkeit und rücksichtsloser Brutalität Verbrechen (Mord, Brandstiftung) ausgeführt wurden, und für die man keine anderen Ursachen auffinden konnte, als das Heimweh bzw. eine durch das Heimweh verursachte ängstlich-traurige Gemütsveränderung. Im 17. Jahrhundert stellte man für derartige Fälle direkt ein besonderes Krankheitsbild (Nostalgie) als Heimwehkrankheit auf; dasselbe galt als schweres, bisweilen tötliches Leiden. Heute wissen wir, daß das Gros derartiger jugendlicher Rechtsbrecherinnen

[1]) Aus der Landesirrenanstalt Landsberg a. W., Direktor Dr. *Riebeth*.

[2]) *Jaspers*, *Karl*, Heimweh und Verbrechen. Arch. f. Kriminal-Anthropologie Bd. 35.



zur Gruppe der schwachsinnigen oder ethisch degenerierten Personen gehört, die infolge ihres Schwachsinns, ihrer sittlichen Minderwertigkeit oder einer endogenen Verstimmung zu jenen Gewaltakten sich hinreißen ließen. Wir erkennen die Nostalgie als eine Krankheit sui generis ebensowenig an, wie die Pyromanie. Von einer Heimwehpsychose reden wir nur symptomatologisch. Denn das Heimweh, das sich in krankhafter Veränderung der gesamten Gemütsverfassung äußert, ist keine besondere Psychose, sondern eine meist nur bei psychopathischen Personen auftretende Reaktion. Aber es gibt, wie schon angedeutet wurde, auch vereinzelte Fälle, wo es infolge von Heimweh zu Kapitalverbrechen kam, ohne daß bei den betreffenden jungen Mädchen deutliche Anzeichen von schwerer geistiger oder moralischer Degeneration zu finden waren, wo also das Heimweh die einzige und alleinige Ursache für das Verbrechen war.

Jaspers führt Fälle an, wo bei plötzlich aus der Familie gerissenen jungen Mädchen, die ihren ersten Dienst antraten, derartige durch Heimweh verursachte Gemütsveränderungen auftraten und zu Verbrechen führten. Es ist natürlich nicht die Regel, daß derartige durch Heimweh bedingte Verstimmungszustände zur Entladung in Verbrechen führen. Allein man hat sowohl impulsive als auch planmäßig ausgeführte Gewaltakte beobachtet. Mit Vorliebe sind Mordversuche und Brandstiftungen ausgeführt worden. Strafrechtlich sind derartige Fälle verschieden beurteilt worden; es haben Verurteilungen und auch Freisprechungen infolge des § 51 Strafgesetzbuches stattgefunden. Bei den Freisprechungen auf Grund des § 51 stellte man sich auf den Standpunkt, daß man in der durch das Heimweh verursachten Gemütsveränderung eine affektive Gemütserkrankung annahm, daß man also direkt von einem kurzdauernden affektiven Irresein redete. Nach vollbrachter Tat versuchten derartige Kinder zuerst zu lügen, aber schon bald nachher brachen sie in Reue aus und gestanden ihre Straftat ein.

In den letzten Monaten hatte ich Gelegenheit, einen derartigen charakteristischen Fall in der Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W. gemäß § 81 Strafprozeßordnung zu beobachten und zu begutachten; bei der relativen Seltenheit derartiger Fälle und dem forensisch-psychiatrischen Interesse, das sie beanspruchen, erschien mir der Fall der Veröffentlichung wert.



G e s c h i c h t s e r z ä h l u n g. — Frieda S., Dienstmädchen, geboren am 12. Februar 1899 zu F., stammt von gesunden Eltern, die sich eines guten Rufes erfreuen. Der Vater der Mutter war geisteskrank, nahm sich mit einem Rasiermesser das Leben; ein Bruder der Mutter ist als unverbesserlicher Trinker verschollen; ein Onkel der Mutter endete ebenfalls als Selbstmörder. In der Kindheit entwickelte sich F. normal; im 7. Lebensjahre hat sie im Anschluß an eine Lungenentzündung eine Hirnhautentzündung durchgemacht, sie lag 5—6 Wochen krank darnieder. Sie klagte in den späteren Jahren bis in die jüngste Zeit hinein viel über Kopfschmerzen. In der Schule hat sie nicht besonders gelernt, ist nur bis zur 2. Klasse gekommen. Lehrer, Pfarrer und ihre Bekannten stellen ihr ein sehr gutes Leumundzeugnis aus, insbesondere soll sie stets ein sehr gutmütiges, sanftes und verträgliches Mädchen gewesen sein.

Aus der Schule entlassen, wurde sie nach eben vollendetem 14. Jahre am 2. April 1913 als Dienstmädchen zu einer alleinstehenden älteren Dame in Stellung gegeben. Es gefiel ihr dort nicht, weil es ihr zu einsam war; die alte Dame soll stets gutmütig zu ihr gewesen sein und sie gut behandelt haben. F. bekam Heimweh, graulte sich allein und erzählte dieses auch jedesmal zu Hause. Sie äußerte ihren Eltern immerzu den Wunsch, ihre Eltern sollten sie wieder nach Hause nehmen, da sie zu große Sehnsucht nach Hause habe. Die Eltern redeten ihr dieses stets aus und hielten sie dazu an, mindestens ein halbes Jahr in der Stellung zu bleiben. Da sie aber glaubte, daß sie dieses nicht aushalten werde, faßte sie am 7. April 1913, also am 5. Tage ihres Dienstantritts, den Entschluß, ihre Dienstherrin aus dem Wege zu räumen, um auf diese Weise ihrer Stellung ledig zu werden. Wie sie selbst angab, wollte sie der alten Dame Salzsäure in den Morgenkaffee gießen, „damit sie so krank würde, daß sie ins Krankenhaus käme und dort stürbe". Auf die Anwendung der Salzsäure ist sie deswegen gekommen, weil sich kurz vorher in ihrem Elternhause ein Mädchen mit Salzsäure vergiftet habe und auch nach einiger Zeit im Krankenhause gestorben sei. Am 9. April kaufte sie sich in einem Drogengeschäft Salzsäure und gab an, daß sie dieselbe zum Putzen brauche. Am 10. April wollte sie dann die Tat in der vorgedachten Weise ausführen; schon am Abend vorher hatte sie die Korridortür unverschlossen gelassen, damit sie nach vollbrachter Tat schneller davonlaufen könnte. Als sie am 10. April früh zu ihrer Dienstherrin kam, war diese wider Erwarten schon auf. Sie machte der F. sofort Vorhaltungen, weil sie die Korridortür über Nacht nicht zugeschlossen hatte; sie hat ferner in erregtem Tone auf das Dienstmädchen eingeredet, ihr Nachlässigkeit im Dienst vorgeworfen. Nach dieser Szene setzte sich die alte Dame auf das Sofa und weinte. Da bei dieser Situation F. ihren Plan, der Dienstherrin Salzsäure in den Kaffee zu tun, nicht ausführen konnte, änderte sie denselben in der Weise um, daß sie ein Handtuch, das sie schon vorher zum Betäuben ihres Opfers mit der Hälfte der gekauften Salzsäure getränkt hatte, der alten Dame

über das Gesicht warf. Letztere stieß das Tuch beiseite, wurde dann aber sofort von ihrem Dienstmädchen auf den Fußboden geworfen und erhielt mehrere Schläge mit einem Schuh gegen den Kopf. Als die alte Frau um Hilfe schrie, versuchte F. ihr ein Taschentuch in den Mund zu stopfen. Hierbei fiel die Lampe vom Tisch. Da F. fürchtete, durch den entstandenen Lärm würden die Nachbarn aufmerksam gemacht werden und sie überraschen, nahm sie noch den Rest der Salzsäure, schleuderte denselben der alten Dame ins Gesicht und verließ dann eiligst die Wohnung, nachdem sie noch schnell die Stubentür verschlossen hatte, und lief nach Hause. Ihre Dienstherrin wurde von den Nachbarn blutend auf dem Sofa sitzend vorgefunden und bald nachher ins Krankenhaus aufgenommen.

Mittlerweile war F. zu Hause angekommen; sie log dort ihrem Vater vor, daß sie von ihrer Dienstherrin mißhandelt worden und deshalb fortgelaufen sei. Ihr Vater ging deshalb mit ihr zur Polizei, um dieserhalb Anzeige zu erstatten. F. versuchte vorher noch, ihrer Schwester aus der Sparkasse 1,50 Mark wegzunehmen, um damit zu einem Onkel nach Fürstenwalde zu fahren. Ihr Vater nahm ihr aber das Geld wieder ab. Bei der ersten polizeilichen Vernehmung log sie wieder in dreister Weise; sie gab an, zuerst von der alten Dame im Anschluß an Vorhaltungen wegen des Nichtschließens der Tür tätlich angegriffen worden zu sein, sie habe sich nur hiergegen gewehrt. Aber schon am anderen Tage gestand sie die volle Wahrheit ein; sie gab dann an, daß sie so großes Heimweh gehabt habe; noch am Sonntag, den 6. April, habe sie den Eltern gesagt, daß sie so großes Heimweh habe und wieder nach Hause möchte. Ihre Eltern hätten ihr aber gesagt, sie müsse unter allen Umständen in ihre Stellung zurückkehren. Daraufhin habe sie den Entschluß gefaßt, ihre Arbeitgeberin mit Salzsäure so krank zu machen, daß sie ins Krankenhaus müßte und dort stürbe. Sie erzählte dann die Einzelheiten der Tat, wie sie bereits erwähnt wurden. In Haft genommen und am 16. April 1913 einem gerichtlichen Verhör unterzogen, gestand sie die Tat ebenfalls zu. Sie äußerte auch hier als Ursache, daß sie sich in ihrer Stellung nicht wohl gefühlt und infolge allzu großen Heimwehs den Entschluß gefaßt hätte, ihre Dienstherrin aus dem Wege zu räumen; sie hätte sonst keinen Ausweg gewußt, von ihrer Stellung loszukommen. Nach dem Grunde ihres erstmaligen Leugnens befragt, gab sie an, daß sie deshalb zuerst nicht die Wahrheit gesagt habe, weil sie annahm, ihre Dienstherrin würde inzwischen sterben, und die Wahrheit würde dann nicht mehr ans Licht kommen.

Sobald die verletzte alte Dame vernehmungsfähig war, wurde sie verhört. Sie bekundete über F., daß diese stets einen guten Eindruck gemacht habe; sie habe sie zuerst ihres jugendlichen Alters wegen nicht mieten wollen, aber die Eltern hätten so dringend darum gebeten, daß sie es schließlich doch getan hätte. F. habe bei ihr viel geweint und als Grund immer Heimweh angegeben. Besonders schroff sei sie niemals gegen F. gewesen. Abends seien sie meist zusammen im Zimmer gewesen



und hätten sich unterhalten. Noch am Abend vor der Tat sei F. bei ihr im Zimmer gewesen und habe sich besonders freundlich gezeigt. Die Tat schilderte sie dann in derselben Weise, wie sie bereits bekannt ist.

Räubergeschichten oder schlechte Romane, aus denen F. Schlechtes hätte lernen können, hätte diese nie bei ihr gelesen, auch sei sie ihres Wissens nie in einem Kinotheater gewesen.

Der Vater der F. gab bei seiner gerichtlichen Vernehmung an, daß F. zu Hause ganz verstört und weinend angekommen sei und erklärt habe, sie bleibe nicht mehr bei der alten Dame, weil diese sie gestoßen und geschlagen habe. F. habe seit ihrer Vermietung dauernd über großes Heimweh geklagt; ursprünglich habe sie nur tagüber bei ihrer Dienstherrin bleiben wollen, um nachts zu Hause zu schlafen; davon habe er aber nichts wissen wollen; da habe F. gebeten, daß wenigstens die erste Nacht ihre Schwester bei ihr schlafen dürfe. In den 8 Tagen ihrer Dienstzeit sei sie an 3—4 Tagen nach Hause gekommen; sie weinte dann immer, klagte über Heimweh, weil es bei der alten Dame so einsam sei; er habe ihr aber immer zugeredet, daß sie mindestens ein halbes Jahr aushalten sollte. In ähnlicher Weise äußerte sich die Mutter der F., sie gab noch an, daß der Pfarrer, welcher F. eingesegnet habe, und ihre früheren Lehrer ganz bestürzt über die Tat F.s gewesen seien und geäußert hätten, das hätten sie ihr niemals zugetraut.

In der gerichtlichen Verhandlung am 3. Juni 1913 legte F. reuevoll ein vollständiges Geständnis ihrer Straftat ab und machte dieselben Angaben, die sie bei ihren früheren Vernehmungen gemacht hatte. Der als Sachverständige anwesende Kreisarzt gab sein Gutachten dahin ab, daß er keine Zeichen von Geistesstörung an ihr wahrgenommen habe. Der Verteidiger regte aber an, die Angeklagte gemäß § 81 StrPO. auf ihren Geisteszustand untersuchen zu lassen; der Kreisarzt nahm diesen Antrag auf und das Gericht beschloß demgemäß.

B e o b a c h t u n g i n d e r A n s t a l t. — Am 19. Juni 1913 wurde F. in die Landesirrenanstalt Landsberg a. W. aufgenommen. Sie war auf dem Transport und bei der Aufnahme gedrückter Stimmung, weinte häufig; sonst verhielt sie sich vollkommen geordnet, war zeitlich und örtlich richtig orientiert, kannte auch den Zweck ihrer Verbringung in die Anstalt.

In der Anstalt zeigte sie dauernd ein völlig geordnetes Verhalten; sie war freundlich, bescheiden und höflich zu jedermann und ihre Stimmung war stets eine den gegebenen Verhältnissen entsprechende, nur wenn die Rede auf ihre Straftat kam, zeigte sie ein bedrücktes Wesen, senkte beschämt den Kopf, bekundete Reue und weinte viel. Sie fügte sich gut in die Ordnung, befolgte willig alle Anordnungen, die zur Feststellung ihres Geisteszustandes nötig waren. Sie hatte stets einen guten Appetit und schlief nachts in normaler Weise. Später beschäftigte sie sich auch fleißig mit häuslichen Arbeiten. Den anderen Insassen der Kranken-



abteilung gegenüber zeigte sie ein zurückhaltendes Wesen, von ihrer Straftat sprach sie spontan nie. Gelegentlich konnte sie nach Kinderart heiter und vergnügt sein, sie beteiligte sich dann auch an gemeinsamen Scherzen und Unterhaltungsspielen. Recht häufig klagte sie über Kopfschmerzen und Mattigkeit, welche Beschwerden auf eine bestehende Chlorose zurückgeführt werden mußten. Über Heimweh hat sie in der Anstalt niemals geklagt.

Bei den vielen längeren Unterredungen, die mit ihr zur Feststellung ihres geistigen Besitzstandes geführt wurden, zeigte sie im wesentlichen dasselbe Verhalten, wie sie es auch sonst in der Anstalt dargeboten hatte. Zeitlich und örtlich war sie stets richtig orientiert, sie gab richtig Auskunft über ihr Vorleben und ihre Verhältnisse. Nach der Straftat befragt, zeigte sie stets ein verschämtes und reuevolles Wesen und weinte viel. Als Motiv der Tat gab sie immer ein unwiderstehliches Heimweh an; es sei zu einsam gewesen, sie habe sich fast immer gegrault, und häufig sei sie von so großer Angst befallen gewesen, daß ihr schwarz vor den Augen geworden wäre. Sie schilderte dann die Straftat und die damit zusammenhängenden Einzelheiten stets genau in der Weise, wie sie es früher getan hatte.

Bei der Prüfung ihrer intellektuellen Fähigkeiten konnten keine stärkeren Defekte nachgewiesen werden. Ihre Kenntnisse entsprachen im allgemeinen ihrem Bildungszustand. Sie rechnete richtig und ziemlich schnell, wußte über religiöse Dinge ausreichend Bescheid, verfügte über ausreichende geographische und geschichtliche Kenntnisse. Sie dachte logisch richtig, bildete sich richtige Urteile und fand sich auch leidlich zurecht, wenn sie bei den zahlreichen Fragen in schwierigere Situationen gebracht wurde, so daß sie zur richtigen Beantwortung der Fragen nachdenken und geistige Schlüsse machen mußte. Es wurden eine sehr große Anzahl Fragen aus den verschiedenartigsten Gebieten an sie gerichtet, es wurden alle bekannten Methoden der Intelligenzprüfung angewandt, nennenswerte Defekte ließen sich aber nicht nachweisen. Auch ihre Merkfähigkeit war relativ gut. Ihre Gedächtniskraft mußte als eine normale bezeichnet werden. Auch bei der Prüfung ihrer ethischen Fähigkeiten konnten stärkere Defekte nicht nachgewiesen werden; es ließ sich nur feststellen, daß sie ethisch und moralisch wie ein gesundes Mädchen ihres Alters und ihrer Vorbildung dachte und fühlte. Die üblichen sittlichen Begriffe, die jungen Personen ihres Alters geläufig sein müssen, wurden mit ihr erörtert und hieran Fragen geknüpft, aber irgendwelche stärkere Mängel ließen sich nicht auffinden.

Die körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund: F. ist ein mittelgroßes, mäßig kräftig gebautes junges Mädchen mit blasser, chlorotischer Hautfarbe. Ihre Organe sind gesund. Der Schädel ist symmetrisch geformt, nirgends auf Klopfen oder Druck empfindlich. Degenerationszeichen irgendwelcher Art sind nicht nachweisbar. Von seiten der Hirnnerven ist nichts Krankhaftes festzustellen. Der Würgereflex ist sehr



lebhaft; alle übrigen Reflexe sind in normaler Weise auslösbar. Sensibilitätsstörungen irgendwelcher Art sind nicht aufzufinden. Von irgendeinem hysterischen Stigma oder einem Zeichen einer deutlichen psychopathischen Konstitution läßt sich nichts konstatieren.

Ich will noch besonders anführen, daß Zeichen einer ausgesprochenen Geistesstörung während ihrer Beobachtungszeit niemals nachzuweisen waren, insbesondere keine Wahnideen, Sinnestäuschungen, keine Erregungs- oder Verwirrtheitszustände, keine Störungen des Bewußtseins, keine Krämpfe oder dergleichen. Ihr Gemütszustand war in der Anstalt stets ein den gegebenen Verhältnissen entsprechender; eine krankhafte Depression zeigte sie niemals. —

Fassen wir, nachdem wir den körperlichen und geistigen Zustand des Mädchens und seine Straftat geschildert, die charakteristischen Punkte noch einmal kurz zusammen, so haben wir ein junges, bleichsüchtiges, eher zartes als kräftiges Mädchen vor uns, dem alle ein Zeugnis großer Gutmütigkeit und guter Erziehung ausstellen. Die Eltern sind brave Leute. Erblich ist sie von Mutters Seite für Geisteskrankheiten belastet. Infolge Hirnentzündung im 7. Jahre hat sie es in der Schule nur bis zur 2. Klasse gebracht, ihre Kenntnisse sind aber im allgemeinen durchaus ausreichende und normale zu nennen. Mit 14 Jahren auf die erste Stelle als Dienstmädchen gegeben, wird sie sofort von Heimweh befallen, und in ihrer großen Angst faßt sie den Entschluß, ihre Dienstherrin, die ihrer Rückkehr ins Elternhaus hinderlich im Wege steht, in meuchelmörderischer Art aus dem Wege zu räumen. Als der Ausführung der Tat Hemmnisse unerwarteter Art sich entgegenstellen, wird sie brutal und grausam in ihrem verbrecherischen Plan und läßt von ihrem wehrlosen Opfer erst ab, als sie gestört wird. Nach der Tat lügt sie zuerst dreist, wird aber bald reuevoll geständig; zeigt nachher außer Reue über ihre Tat keine Veränderungen in ihrem Gemütsleben mehr, insbesondere kein Heimweh mehr, benimmt sich ordentlich und vernünftig.

Wie ist nun eine derartige jugendliche Heimwehverbrecherin bezüglich der Frage der Zurechnungsfähigkeit strafrechtlich zu begutachten?

In meinem schriftlichen Gutachten sowohl wie in dem gerichtlichen Termin gab ich zunächst ein ausführliches Bild über den Geisteszustand der F. und ihre geistigen Fähigkeiten, wie dies die sechswöchige Beobachtung in der Anstalt ergeben hatte. Ich setzte dann auseinander, daß F. zwar von Mutters Seite aus für Geisteskrankheiten nicht unerheblich erblich belastet sei, daß aber die Beobachtung in der Anstalt keine sicheren Anhaltpunkte für die Annahme ergeben habe, daß F. zur Zeit der Tat unzurechnungsfähig im Sinne des § 51 gewesen wäre. Denn die Beobachtung hätte weder Zeichen einer Geistesstörung noch eines erheblichen ethischen oder intellektuellen Schwachsinnes ergeben; auch ihr Gemütszustand sei während der Beobachtungszeit ein den gegebenen Verhältnissen entsprechender gewesen, eine krankhafte Depression hätte sich ebensowenig nachweisen lassen, wie ausgesprochene Angstzustände.

Zur psychologischen Erklärung der Straftat setzte ich dann des näheren auseinander, daß der vorliegende Fall in der psychiatrischen Literatur durchaus kein Novum sei; ich machte das Gericht darauf aufmerksam, daß derartige von jungen Mädchen ausgeführte und durch Grausamkeit und Brutalität gekennzeichnete Verbrechen, die in nichts anderem, als in unüberwindlichem Heimweh begründet waren, schon öfters den Strafrichter beschäftigt hätten. Man habe sie strafrechtlich verschieden beurteilt. Es seien glatte Verurteilungen, aber auch Freisprechungen infolge des § 51 erfolgt. Bei den Freisprechungen infolge des § 51 habe man sich im Einklang mit dem psychiatrischen Gutachten auf den Standpunkt gestellt, daß man in der durch das starke Heimweh verursachten Gemütsveränderung eine affektive Gemütserkrankung, gekennzeichnet durch Angstgefühle und Traurigkeit, angenommen habe, daß man also direkt von einem kurzdauernden affektiven Irresein redete. Ob man im vorliegenden Falle ebenfalls zu der Annahme berechtigt sei, daß sich bei der F. durch das allzu starke Heimweh eine derartige vorübergehende krankhafte Gemütslage ausgebildet habe, daß sie nicht mehr recht wußte, was sie tat, müsse ich dahin gestellt sein lassen. Beweisen ließe sich eine derartige Annahme nachträglich wohl kaum noch, und es wäre eine sichere Entscheidung dieser Frage nur dann möglich gewesen, wenn die Angeschuldigte unmittelbar nach der Tat einer psychiatrischen Untersuchung unterzogen worden wäre. Allein die Möglichkeit, daß es so gewesen sein könnte, daß F. sich also zur Zeit der Tat infolge ihres starken Heimwehs und einer daraus entspringenden krankhaften Gemütsverfassung in einem die Zurechnungsfähigkeit ausschließendem Zustand von Geistesstörung befunden habe, könne ebensowenig von der Hand gewiesen werden, wenn auch die Beobachtung in der Anstalt sichere Anhaltpunkte hierfür nicht ergeben habe; ich müsse daher die Entscheidung dieser Frage dem Gericht anheimstellen.

Es wurde dann noch von dem Verteidiger die Frage aufgeworfen, ob die jugendliche Angeschuldigte bei ihren 14 Jahren auch die nötige Einsicht für die Schwere ihrer Straftat besessen habe.

Zur Beantwortung dieser Frage führte ich aus, daß die Beobachtung in der Anstalt stärkere Defekte ihrer Verstandestätigkeit nicht habe erkennen lassen; das einzige Moment, das in dieser Beziehung anzuführen wäre, sei, daß sie als Kind eine Gehirnhautentzündung durchgemacht und hierdurch in der Schulausbildung etwas zurückgeblieben sei; eine gewisse Entwicklungshemmung ihrer geistigen Ausbildung habe also zweifellos stattgefunden. Ob dieselbe aber so groß sei, daß man sagen könne, daß die erforderliche geistige Reife zur Erkenntnis der Strafbarkeit ihres Vergehens nicht vorhanden gewesen sei, ließe sich nicht so ohne weiteres beweisen; es müsse daher die Entscheidung der Frage, ob F. die nötige Einsicht für die Strafbarkeit ihres Vergehens gehabt habe, dem Urteil des Gerichts überlassen bleiben.



Meinem Gutachten schlossen sich die beiden anderen psychiatrischen Sachverständigen in allen Punkten an. Der Vertreter der Anklagebehörde führte in seinem Plädoyer aus, daß ihm die ganze Straftat von vornherein unverständlich gewesen wäre; er habe sich nicht erklären können, wie ein junges, in gutem Rufe stehendes Mädchen zu einer solchen schrecklichen Bluttat sich habe hinreißen lassen können. Nachdem er die Ansicht der Sachverständigen gehört, welche die Möglichkeit der Annahme eines unzurechnungsfähigen Geisteszustandes betont hätten, müsse er nach dem Grundsatz: in dubio pro reo, Freisprechung auf Grund des § 51 beantragen.

Das Gericht war anderer Ansicht und verurteilte die Angeklagte unter Zubilligung mildernder Umstände zu einem Jahr Gefängnis.

Wenn ich die Geschichte des vorstehenden Falles vergleiche mit den Fällen, die *Jaspers* anführt, so ergibt sich eine auffallende Ähnlichkeit. Ein Fall gleicht dem andern fast aufs Haar. Die charakteristischen Punkte springen stets deutlich hervor. Es handelt sich immer um blutjunge, gutmütige Mädchen, die, zum ersten Male dem Elternhause entrissen, von schwerem Heimweh ergriffen werden und in ihrer Herzensangst und zur Befreiung aus der sie bedrückenden Lage zu Verbrechen sich hinreißen lassen, die an Grausamkeit und Brutalität nicht viel zurückstehen vor den Verbrechen der übelsten Mordgesellen und Gewohnheitsverbrecher. Nach verübter Straftat versuchen sie, wie auch *Jaspers* bestätigt, meist zu lügen, sie korrigieren aber bald ihre falschen Angaben. Das Auftreten von Reue soll nach *Jaspers* bei den Übeltätern aus Heimweh sehr verschieden sein, viele zeigen nur kurze und nicht tiefgreifende Anwandlungen von Reue; in unserem Falle ließ F. andauernde Reue erkennen, das hielt sie aber nicht ab, zu andern Zeiten, wenn sie im Kreise fröhlicher und scherzender Menschen sich befand, sich an den gemeinsamen Unterhaltungen in ungezwungener Weise zu beteiligen und nach Kinder Art ein vergnügtes Wesen zu zeigen, das zu ihrer Lage wenig paßte. Erwähnt sei noch, daß sie in der Anstalt und auch in der Haft, soweit ich dieses feststellen konnte, nie etwas von Heimweh mehr erwähnte.

Die Frage, was aus derartigen Heimwehverbrecherinnen später wird, ist nicht so einfach zu beantworten. Bis jetzt hat man häufig beobachtet, daß sich derartige jugendliche Rechtbrecherinnen in den späteren Jahren dauernd gut gehalten und weitere schwerere Konflikte mit dem Strafgesetzbuch nicht mehr gehabt haben.



Kleinere Mitteilungen.

Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird ihre nächste Versammlung am 2. November d. J. in Jena abhalten.

Der 5. internationale Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke wird vom 8. bis 11. Januar in Moskau stattfinden. Folgende Referate sind vorgesehen: 1. Die Lehre der Dem. praecox und der Entartung (*N. Bagenoff* und *A. Marie*); 2. Offene Abteilungen zur Behandlung der Deliranten außerhalb des Krankenhauses (*van Deventer* und *Carswell*); 3. Neue Behandlungsmethode der allgemeinen Paralyse (*Wagner v. Jauregg*, *Pilcz* und *Donath*); 4. Die Entartung durch Alkoholvergiftung (*Rubinovitch*); 5. Kosmische Einflüsse auf die Ätiologie gewisser geistiger Erscheinungen (*A. Marie*); 6. Chirurgische Eingriffe bei gewissen geistigen Affektionen (*Delbet*, *Perriol* und *Poussep*). Anmeldungen von Vorträgen, Schreiben über Kommunikationsfragen usw. sind an den Sekretär des Kongresses, Dr. *Cettline*, Krasnosselskaja 3, Moskau, zu richten.

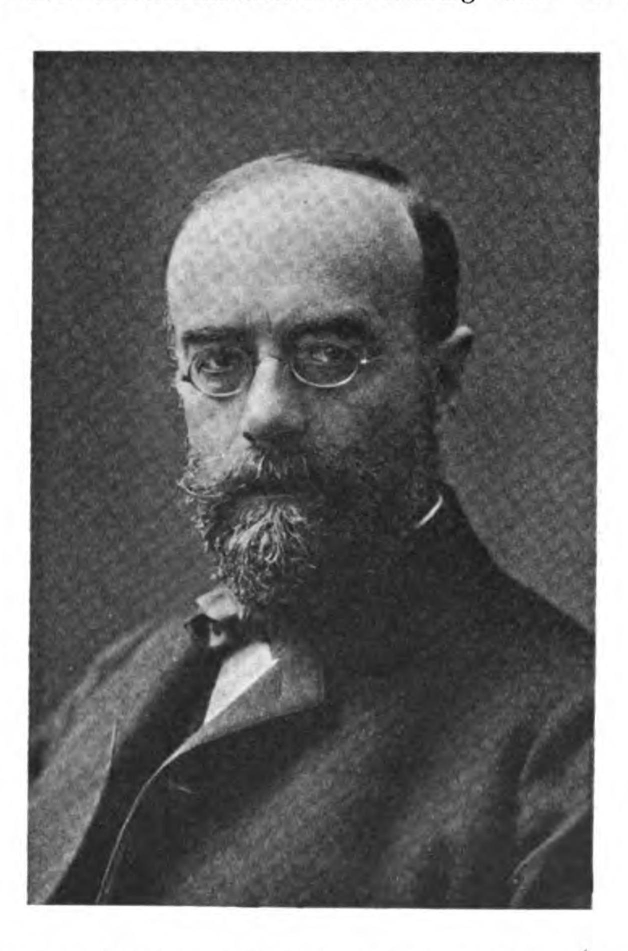
Nekrolog Näcke. — Am 18. August d. J. verstarb zu Colditz i. S. der Direktor der dortigen Pflegeanstalt für Geisteskranke, Obermedizinalrat Professor Dr. *Paul Näcke*, nach zweitägiger Krankheit an Herzlähmung bei Arteriosklerose. Mit ihm ist einer der ältesten im Amte befindlichen Irrenärzte Sachsens, ein weit über die Grenzen seiner Heimat und Deutschlands hinaus bekannter Forscher und Gelehrter geschieden.

N. wurde geboren am 23. Januar 1851 zu Petersburg; durch seinen Vater entstammte er dem sächsischen Erzgebirge, durch die Mutter der französischen Schweiz. Durch diese Verbindung, von der Wiege her gleichmäßig an die deutsche und französische Sprache gewöhnt, mag er seine Befähigung erlangt haben, fremde Laute in sich aufzunehmen: verstand und las er doch 7 verschiedene Sprachen.

Nach Absolvierung des Gymnasiums zum hl. Kreuz in Dresden, während welcher Zeit er sich viel mit Sprachen, Weltliteratur, Geographie und



Kulturgeschichte beschäftigte, studierte er zunächst 1870—72 in Leipzig und nach bestandenem tentamen physicum in Würzburg, wo er 1873 (summa cum laude) zum Doktor promoviert wurde. Nach erlangter Approbation (mit Zensur I) besuchte er zunächst die Hospitäler von Paris, war ¾ Jahr an der Frauenklinik zu Dresden unter Professor *Winkel* und sodann als Assistent an den Krankenhäusern in Danzig und Königsberg tätig,



um nach kurzer praktischer Tätigkeit in seiner Heimat am 1. Februar 1880 zum sächsischen Irrendienste — zunächst in Colditz — überzutreten, dem er also im ganzen 33½ Jahre in Colditz, Sonnenstein und Hubertusburg angehört hat. Seit 1889 in Hubertusburg, wurde er hier 1894 zum Oberarzte, 1902 zum Medizinalrat und bald danach zum ärztlichen Vorstande der Anstalt für geisteskranke Männer ernannt.

„Während dieser langen Zeit" — um mit *N.*s autobiographischen Worten zu reden — „setzte ich meine vielseitigen Privatstudien fort, die mir später vielfach von Nutzen waren. Neben Sprach-, Literatur-, philosophischen, geographischen usw. Studien bildete ich mich natürlich immer mehr in der Psychiatrie aus, leider immer nur autodidaktisch, ohne Anleitung also, was ja das Schicksal der meisten Anstaltsärzte ist. Ferien

wurden benutzt zu Reisen, so daß ich nach und nach fast ganz Europa kennen lernte und nicht bloß sehr viel Hospitäler und Irrenanstalten sah, sondern auf Grund Jahre lang betriebener Kunststudien auch die meisten Museen und Kunststätten kennen lernte, auch das Glück hatte, mein archäologisches Interesse durch den Anblick Italiens, Griechenlands und Karthagos zu stärken.“ Weitere Reisen, zum Teil unter Begleitung seiner feingebildeten Gattin, führten ihn nach Athen, Konstantinopel, Kleinasien, Palästina wie nach den alten Kulturstätten Ägyptens und Nordafrikas. Dieses vielseitige Interesse auch für Nicht-Psychiatrisches erklärt es, daß *N.*, der selbst auf Andere so anregend wirkte, die wissenschaftlichen und künstlerischen Anregungen und Genüsse der Großstadt bei der abgelegenen Lage unserer Anstalten stets schmerzlich vermißte und sich hier gewissermaßen als „Fremder und Wanderer“ betrachtete. „Zum Glück war ich seit 1886 verheiratet, und die Familie mußte mich für das Entbehrte entschädigen.“

Nachdem er schon früher das Ritterkreuz vom Albrechtsorden erhalten hatte, siedelte er am 1. Juli 1912 als Direktor nach Colditz über und erreichte hier am Ausgangspunkt seiner psychiatrischen Tätigkeit sein Ziel, von dem er dann so bald scheiden sollte.

N. war von seltener Ehrlichkeit und Güte. Wie er die Unwahrhaftigkeit auch im gesellschaftlichen Leben nicht kannte, so wußte er seiner Meinungsäußerung stets eine wohltuende Form zu geben. Doch konnte er, wo es Augenblick und Verhältnisse erheischten, auch sehr deutlich werden. War ihm aber — selten — seine Zunge mal durchgegangen, so scheute er sich nicht, in echt mannhafter Weise ein Unrecht einzugestehen. Stets war er bestrebt, Anderen zu helfen und sie zu fördern. Mit Rat und Tat stand er jedem bei, der sich an ihn wandte. Und wenn er gelegentlich seine Güte und das seiner eigenen Biederkeit entspringende Vertrauen in Andere mißbraucht sah, wurde er hierdurch nicht irre. In seiner Tätigkeit als Arzt war er warmherzig und bestrebt, des Kranken Los auch im Kleinen zu bessern, und so legte er weniger Wert auf die äußerliche Ausstattung der Anstalt als auf das, was dem einzelnen Kranken persönlich wohl tut. Und hierbei waren ihm die einfachsten Mittel die rechten.

In Gesellschaft war *N.* äußerst anregend. Leider war er durch eine schon früh erworbene Neurasthenie gehindert, Geselligkeit so zu pflegen, wie er es anders wohl getan hätte, und so lernten ihn nur Wenige seinem ganzen Wesen nach kennen. Seine Fruchtbarkeit als Forscher und Gelehrter ist bei seiner amtlichen Tätigkeit als Anstaltsarzt eine außergewöhnliche gewesen.

Die Zahl seiner in den verschiedensten wissenschaftlichen Zeitschriften erschienenen selbständigen Arbeiten beträgt fast 150. Schon als Hospitalarzt gab er einige kleinere Arbeiten verschiedenen Inhaltes heraus, um im Jahre 1880 mit einer Monographie über Delirium tremens

„den Reigen der eigentlichen psychiatrischen Arbeiten" zu eröffnen. Hier „prägte ich zuerst den Namen des del. tremens chronicum, der seitdem von der Wissenschaft akzeptiert wurde. Die eigentlich intensiv wissenschaftliche Tätigkeit beginnt aber erst seit 1889 in Hubertusburg". Seinem Fleiß — er saß Winter wie Sommer schon um 6 Uhr am Schreibtisch und besaß die seltene Fähigkeit, stets konzentriert zu sein — entstammen mehrere 1000 Referate und Besprechungen aus dem Gebiete der Psychiatrie, Philosophie, Kriminalanthropologie, Soziologie, Kultur- und Rassenkunde aus den verschiedensten Sprachen. In der großen Menge kleinerer Mitteilungen im Archiv für Kriminalanthropologie faßte er eine Masse der verschiedensten Beobachtungen und des heterogensten Wissens zusammen.

In seinem eigentlichen Fach, der Psychiatrie, beschäftigte ihn besonders die Paralyse, für die er in einer Reihe von Arbeiten neben der Lues bekanntlich eine individuelle, angeborene Disposition nachzuweisen bestrebt war. Hier sind die Arbeiten über Erblichkeit, äußere und innere Degenerationszeichen sowie Befunde an der Hirnoberfläche bei Paralyse [1]) hervorzuheben. Für die Moral insanity lehnte er als einer der ersten den besonderen Krankheitsbegriff ab [2]). — In der forensen Psychiatrie [3]) trat er seit langem für die Schaffung von Adnexen für geisteskranke Verbrecher bei Strafanstalten ein, nachdem er selbst Jahre lang die Schwierigkeit gemeinsamer Verpflegung jener mit „Unbescholtenen" durchkostet hatte [4]). Im übrigen legte *N.* besonderen Wert auf die klinische Beobachtung und Durchforschung des Krankenmaterials, ohne jedoch dabei die Ergebnisse mikroskopischer Kleinarbeit, welche ihm selbst nicht lag, zu übersehen. Besonders kultivierte er die anthropologischen und kriminalanthropologischen Beziehungen der Psychiatrie. Und hier, wo beide Disziplinen in ein weites, gemeinsames Arbeitsfeld einmünden, war *N.* ganz in seinem Fahrwasser, hier zeigte sich seine kolossale Belesenheit und sein universelles Wissen, um auch entlegene Gebiete in seine Betrachtungsweise einzubeziehen. Schon früh trat er auf Grund seiner Beobachtungen besonders an dem reichen Hubertusburger Material der *Lombroso*schen Lehre vom geborenen Verbrecher mit Entschiedenheit entgegen [5]), und ihm ist es mitzudanken, daß *Lombroso*s Theorien bei uns breiteren Fuß nicht gefaßt haben.

---

[1]) Die Gehirnoberfläche von Paralytischen. Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen. Leipzig, Vogel, 1909.

[2]) Über die sogenannte Moral insanity. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. XVIII. Wiesbaden, Bergmann, 1902.

[3]) Über Familienmord durch Geisteskranke. Halle, Marhold, 1908.

[4]) Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle, Marhold, 1902.

[5]) Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe mit Ausblicken auf die Kriminalanthropologie überhaupt. Wien und Leipzig, Braumüller, 1894.



Ganz besonders hervorragend ist *N.*s Anteil an der Erforschung des Wesens der Homosexualität, so daß er zu den besten Kennern derselben gehören dürfte. Nach ihm ist echte H. stets angeboren und stellt vielleicht sogar eine normale, wenn auch seltenere Form der Geschlechtsentwicklung dar, ohne daß also die Betreffenden zu den Degenerierten gehören müssen. Mit dieser Überzeugung mußte er den § 175 StGB. bekämpfen. Auch wies er als einer der ersten auf die diagnostische Wichtigkeit sexueller Träume hin. Dem Studium der Sexualprobleme ist ein großer Teil seiner Arbeiten gewidmet, die bei der Bedeutung der Sexualität für alle Lebensäußerungen sich auch auf volkskundliche, philosophische und religiöse Gebiete erstrecken mußten, von den forensischen usw. ganz abgesehen.

N., der während seines arbeitsvollen Lebens mit einer großen Zahl in- und ausländischer Gelehrten in fast stetem Gedankenaustausch stand, war Ehren- bzw. korrespondierendes Mitglied von einer deutschen und zehn ausländischen wissenschaftlichen Gesellschaften, und so wird sein Tod im Inland wie im Ausland schmerzlich empfunden werden. — Er ruhe in Frieden. A. Kellner-Chemnitz.

Die neue Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Königsberg ist im Juli d. J. eröffnet worden.

Personalnachrichten.

Dr. *W. Tigges*, Geh. Med.-Rat, feierte am 16. August in Düsseldorf sein 60 jähriges Doktorjubiläum.

Dr. *Rudolph Ehrhardt*, Oberarzt in Winnental, u.

Dr. *Franz Haase*, San.-R., Oberarzt in Marsberg, sind in den Ruhestand getreten.

Dr. *Rob. Neupert*, bisher Oberarzt in Erlangen, hat sich als Spezialarzt für Nerven- und Gemütskrankheiten in Nürnberg niedergelassen.

Dr. *Heinrich Dehio*, Oberarzt in Dösen, ist zum Direktor der Landesanstalt Colditz u. zum Medizinalrat ernannt worden.

Dr. *Hans Berger*, Prof. in Jena, ist Oberarzt an der dortigen Klinik geworden.

Dr. *Eugen Möller*, San.-R., ist als Oberarzt von Plagwitz nach Brieg,

Dr. *Wilhelm Siebert* als Oberarzt von Lengerich nach Marsberg,

Dr. *Wilhelm Westrum* als Oberarzt von Marsberg nach Lengerich,

Dr. *Otto Gutekunst* als Oberarzt von Zwiefalten nach Weißenau,

Dr. *Johannes Klewe-Nebenius* als Oberarzt von Emmendingen nach



der neuen, Anfang Oktober bezogenen Landesanstalt bei Konstanz,

Dr. *Ernst Jäger* als Anstaltsarzt von Pforzheim ebenfalls nach Konstanz versetzt worden.

Dr. *Richard Stortz*, bisher in Kutzenberg, ist Abteilungsarzt in Bunzlau geworden.

Dr. *Ferdinand Kehrer* in Kiel,

Dr. *Rudolf Allers* in München u.

Dr. *Konstantin Frh. v. Economo* in Wien haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Korbinian Brodmann* in Tübingen ist a o. Professor geworden.

Dr. *Heinrich Frenkel-Heiden*, Dir. der serologischen Abt. der psychiatrischen und Nervenklinik zu Berlin, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Otto Binswanger*, Prof. in Jena hat den Charakter als Geheimer Rat erhalten.

Dr. *Johann Jeßen*, Oberarzt in Freiburg i. Schl.,

Dr. *Andreas von der Helm* in Endenich bei Bonn u.

Dr. *Max Niesel* in Stettin sind Sanitätsräte geworden.

Dr. *Hermann Petersen*, San.-R., Dir. in Brieg,

Dr. *Theod. Peterßen-Borstel*, San.-R., Dir. in Plagwitz,

Dr. *Karl W. Werner*, San.-R., Dir. in Owinsk, und

Dr. *Alfred Dluhosch*, San.-R., Dir. in Obrawalde, ist der Rote Adlerorden 4. Kl. verliehen worden.

Dr. *Paul Näcke*, Obermed.-R., Prof., Dir. der Landesanstalt Colditz, ist am 18. August nach zweitägigem Kranksein unerwartet gestorben.



Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie, E. V.,

im Oktober 1913.

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. **Leon. Bianchi,** Dir. d. Psychiatr. Univ.-Klinik, Neapel.
Dr. **V. Magnan,** früher Chefarzt des Asile Sainte Anne, Paris.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Pelman,** Bonn a. Rh., Kaufmannstr. 83.
Geh. R. Dr. **H. Schüle,** Dir. d. Landesanstalt Illenau b. Achern.
Prof. Dr. **Aug. Tamburini,** Dir. der Psychiatr. Klinik, Rom.
Geh. R. Dr. **G. Weber,** Dresden, Fürstenstr. 59.

Vorstand:

Geh. Obermed.-R. Prof. Dr. **C. Moeli,** Dir. d. städt. Anstalt Herzberge, Berlin-Lichtenberg, Vorsitzender.
Med.-R. Dr. **H. Kreuser,** Dir. d. Landesanstalt Winnental zu Winnenden (Württ.), Schatzmeister.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Bonhöffer,** Berlin NW., Charité.
Hofrat Prof. Dr. **Em. Kraepelin,** München, Psychiatr. Klinik.
Geh. Med.-R. Dr. **Fr. Siemens,** Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Fr. Tuczek,** Landesanstalt Marburg (Rb. Kassel).
San.-R. Dr. **Hans Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, ständiger Schriftführer.

Dr. **K. Abraham,** Berlin W., Schöneberger Ufer 22.
Dr. **C. G. Ackermann,** Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Aug. Adam,** Wöllershof (Oberpfalz).
Dr. **Adams,** Direktor, Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Dr. **Max Adelt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lublinitz (Schlesien).
Geh. San.-R. Dr. **Adler,** 2. Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Ahrens,** Oberarzt, Landesanstalt Teupitz (Kr. Teltow).
Dr. **P. Albrecht,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. R. (Pommern).
Prof. Dr. **K. Alt,** Dir. d. Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).
Geh. San.-R. Dr. **W. Alter,** Krietern b. Breslau, Breslauer Straße 25.
Med.-R. Dr. **W. Alter,** Dir. d. Landesanstalt Lindenhaus b. Lemgo.
Prof. Dr. **Al. Alzheimer,** Breslau, Psychiatr. Klinik.



Dr. **F. Angerer,** Wien III, Heilanstalt Svetlin, Leonhardgasse.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **G. Anton,** Psychiatr. Klinik zu Halle a. S.
Dr. **Erich Arndt,** Leiter des Sanatoriums zu Meiningen.
Dr. **Max Arndt,** Wannsee, Privatanstalt Waldhaus.
Dr. **O. Arnemann,** Oberarzt, Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf, Kgr. Sachsen.
Prof. Dr. **G. Aschaffenburg,** Köln a. Rh., Mozartstraße 11.
San.-R. Dr. **B. Ascher,** Berlin W., Jägerstraße 18 II.
Dr. **Fr. Ast,** Oberarzt, Kreisanstalt Haar bei München.
San.-R. Dr. **Backenköhler,** Dir. d. Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westfalen).
Dr. **Joh. Banse,** Oberarzt, Lauenburg (Pommern).
Med.-R. Dr. **Barbo,** Oberarzt, Landesanstalt Pforzheim.
Dr. **Bauer,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Dr. **Baumann,** Oberarzt, Landesanstalt Teupitz (Kr. Teltow).
Dr. **W. H. Becker,** Oberarzt, Landesanstalt Weilmünster.
Hofrat Dr. **Beckh,** Nürnberg.
San.-R. Dr. **Th. Benda,** Berlin W., Dörnbergstr. 1 II.
Oberstabsarzt Dr. **Benneke,** Dresden, Königsbrückenstr. 2 II.
Dr. **Benning,** Dir. d. Priv.-Anstalt Rockwinkel, Oberneuland b. Bremen.
Prof. Dr. **Berger,** Oberarzt, Jena, Psychiatr. Klinik.
Priv.-Doz. Dr. **Kurt Berliner,** Gießen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Br. Bernhard,** dir. Arzt, Godesberg a. Rh., Haus Godeshöhe.
Dr. **Bernh. Beyer,** Oberarzt, Bayreuth, Priv.-Anst. Herzoghöhe.
Dr. **Ernst Beyer,** dir. Arzt, Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, Rheinprovinz.
Geh. Med.-R. Dr. **Bieberbach,** Dir., Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Dr. **Ludw. Binswanger,** Dir. Arzt, Konstanz, Bellevue.
Geh. R. Prof. Dr. **O. Binswanger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **E. Bischoff,** Assist.-Arzt, Hamburg, Staatsanstalt Langenhorn.
Dr. **Blachian,** Dir. d. Kreisanstalt Haar bei München.
Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich, kantonale Heilanstalt Burghölzli.
San.-R. Dr. Freiherr **Karl von Blomberg,** Dir., Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
Dr. **Bockhorn,** Oberarzt, Nietleben b. Halle a. S.
Dr. **Bodet,** Leit. Arzt d. Bewahrungshauses in Brauweiler.
Dr. **Ernst Boeck,** Dir., Landesanstalt Troppau (Österr. Schlesien).
Prof. Dr. **Boedeker,** dir. Arzt, Priv.-Anstalt Fichtenhof zu Schlachtensee b. Berlin.
Dr. **Boehmig,** Nervenarzt, Dresden, Hauptstraße 36 II.
Dr. **Bökelmann,** Oberarzt, Bez.-Anstalt Stephansfeld (Elsaß).
Dr. **Böß,** Anstaltsarzt, Wiesloch, Baden.
Dr. **Boettcher,** Oberarzt, Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Rich. Bolte,** Oberarzt, St. Jürgenasyl zu Ellen bei Bremen.



Med.-R. Dr. **Borell,** Karlsruhe, Rudolfstr. 15 II.
Dr. **Bott,** Dir. d. städt. Heilanstalt St. Getreu, Bamberg.
Prof. Dr. **L. Bouman,** Amsterdam.
Med.-R. Dr. **Brackmann,** Dir. der Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
Dr. **K. Brandl,** Oberarzt an der Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Braune,** Dir. d. Prov.-Anstalt Conradstein b. Preuß.-Stargard.
Dr. **Fr. Braunert,** Prov.-Anstalt Ückermünde.
Dr. **Joh. Bresler,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Lüben (Schl.).
Prof. Dr. **Brodmann,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **E. Brückner,** Oberarzt, Anstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Gustav Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.
Dr. **Otto Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.
San.-R. Prof. Dr. **Bruns,** Nervenarzt, Hannover, Lawesstr. 6.
Prof. Dr. **Buchholz,** Oberarzt, Hamburg, staatl. Anst. Friedrichsberg.
San.-R. Dr. **Friedr. Buddeberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Dr. **Buder,** Oberarzt a. d. Landesanstalt Winnental b. Winnenden.
Dr. **Karl Bünger,** Dir. der Privatanstalt Groß-Wusterwitz (Prov. Sachsen).
Prof. Dr. **Osw. Bumke,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Priv.-Doz. Dr. **Alfr. Busch,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Buttenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
Dr. **Campbell,** Nervenarzt, Dresden, Amalienstr. 15, I.
Med.-R. Dr. **Camerer,** Referent d. Med.-Koll. zu Stuttgart.
Dr. **W. Caselmann,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Homburg (Pfalz).
Priv.-Doz. Dr. **Cassirer,** Berlin W., Tauenzienstr. 7, II.
Dr. **Fritz Chotzen,** Oberarzt, Städt. Irrenhaus, Breslau XII.
Dr. **Carl Christoph,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
Dr. **W. Cimbal,** Altona, städt. Krankenhaus.
Dr. **Claus,** Landesanstalt Neuruppin.
Dr. **H. Clemens,** Abt.-Arzt, Prov.-Anst. Eickelborn (Westf.).
Dr. **Jul. Cohen,** Oberarzt, Königslutter (Braunschweig), Landesanstalt.
Dr. **Cohen,** Hamburg, Staatsanstalt Friedrichsberg.
Dr. **Colla,** Oberarzt, Bethel b. Bielefeld.
Dr. **Dabelstein,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt i. Holstein.
Dr. **Jul. Daiber,** Oberarzt, Staatsanstalt Weinsberg (Württ.).
Dr. **Damköhler,** 2. Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Med.-R. Prof. Dr. **Dannemann,** Dir. d. Philippshospitals b. Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Dannenberger,** Oberarzt, Goddelau (Großh. Hessen).
Stabsarzt Dr. **Dansauer,** Berlin-Wilmersdorf, Holsteinische Straße 45a.
Dr. **Dees,** Dir. d. Kreisanstalt Gabersee, O.-Bayern.



Dr. **Degenkolb,** Nervenarzt, Altenburg (S.-A.).
Med.-R. Dr. **Heinr. Dehio,** Dir. d. Landesanstalt Colditz (Kgr. Sa.).
Dr. **Deiters,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Grafenberg b. Düsseldorf.
Dr. **Delbrück,** Dir. d. St. Jürgenasyls zu Ellen b. Bremen.
Dr. **Karl Demohn,** Oberarzt, Landesanstalt Alt-Scherbitz (Kreis Merseburg).
Dr. **Deutsch,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde in Pommern.
Dr. **Dieckhoff,** Nervenheilanstalt Streitberg, Oberfranken.
Dr. **Dietz,** Oberarzt, Landesanstalt b. Gießen, Großh. Hessen.
Dr. **Dinter,** Dir. d. Prov.-Heilanstalt Leubus in Schlesien.
Geh. San.-R. Dr. **Dittmar,** Straßburg i. E.
San.-R. Dr. **Dluhosch,** Dir. d. Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz.
Med.-R. Dr. **O. Dörrenberg,** Kreisarzt, Soest (Westf.).
Dr. **Dresen,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schl.).
San.-R. Dr. **Dubbers,** Dir. d. Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Dr. **Dugge,** Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.
Dr. **Ebers,** Baden-Baden, Sanatorium.
Dr. **W. Eccard,** Dir. d. Kreisanstalt Frankenthal (Pfalz).
Dr. **v. Eck,** Nervenarzt, Godesberg a. Rh.
San.-R. Dr. **C. Edel,** Dir. d. Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berliner Str. 17—19.
Dr. **Max Edel,** Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berliner Str. 17—19.
Prof. Dr. **Edinger,** Frankfurt a. M., Leerbachstr. 27.
Dr. **Eha,** Dirig. Arzt, Rottenmünster b. Rottweil (Württ.)
Dr. **Hans Ehrcke,** Oberarzt, Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.
Geh. San.-R. Dr. **von Ehrenwall,** Dir. d. Priv.-Anstalt Ahrweiler.
Dr. **Alfr. Ehrhardt,** Priv.-Anstalt Karlshof zu Rastenburg, O.-Pr.
Dr. **R. Ehrhardt,** Baden-Baden, Bismarckstr. 11 a.
Prof. Dr. **Eichelberg,** Dir. Arzt, Hedemünden a. d. Werra.
Dr. **W. Eicke,** Städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Karl Eisen,** Oberarzt, Kreisanstalt Kaufbeuren (Bayr. Schwaben).
Dr. **Otto Elias,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Rybnik (O.-Schl.).
Dr. **Encke,** Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Dr. **H. Engelken,** Bremen, Schleifmühle 46.
Dr. **H. Engelken,** Anstaltsarzt, Gardelegen (Altmark).
Dr. **Ennen,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig a. Saar.
Dr. **Fr. Erk,** Oberarzt, Landesanstalt Herborn (Nassau).
Geh. San.-R. Dr. **Erlenmeyer,** Dir. d. Priv.-Anstalt Bendorf bei Coblenz.
Dr. **van Erp-Taalmann-Kipp,** Dir. d. Sanatoriums Arnheim, Holland.
Dr. **Ewald,** Sek.-Arzt am städt. Siechenhaus zu Frankfurt a. M.
Geh. San.-R. Dr. **Fabricius,** Dir. d. Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Facklam,** Dir. d. Sanatorium Suderode a. H.



San.-R. Dr. **Franz Falk,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein.
Dr. **Falkenberg,** Oberarzt, Städt. Anstalt Herzberge, Berlin-Lichtenberg.
Dr. **Faltlhauser,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Bayern).
San.-R. Dr. **Fauser,** Dir. Arzt des Bürgerhospitals, Stuttgart.
Dr. **Fehsenfeld,** Landesanstalt Neuruppin.
Dr. **von Feilitsch,** Nervenarzt, Dessau, Körnerstr. 2.
Med.-R. Dr. **Feldkirchner,** Dir. der Kreisanstalt Karthaus Prüll bei Regensburg.
Geh. Med.-R. Dr. **Felgner,** Dresden-Neugrüna, Traubestr. 8, II.
Dr. **Felkl,** Primararzt, Troppau (Österr. Schlesien).
Dr. **Finckh,** Großlichterfelde W., Ladenburgstr. 1.
Geh. Med.-R. Dr. **Franz Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Pforzheim (Baden).
Med.-R. Dr. **Max Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Wiesloch (Baden).
Dr. **Osk. Fischer,** Priv.-Doz., Prag, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Germanus Flatau,** Oberarzt, Dresden, Löbtauer Str. 35.
Dr. **Gust. Flügge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Bedburg b. Cleve.
San.-R. Dr. **J. Fränkel,** dir. Arzt d. Privatanstalt Berolinum, Lankwitz bei Berlin.
Hofrat Prof. Dr. **Friedländer,** dir. Arzt d. Privatanstalt Hohe Mark b. Oberursel a. Taunus.
Geh. San.-R. Dr. **Fries,** Göttingen, Baurat-Gerber-Str. 7.
Dr. **Fr. Fuchs,** Oberarzt, Leubus (Schlesien).
Dr. **Heinr. Fuchs,** dir. Arzt, Köln a. Rh., Städt. Irrenanstalt.
Med.-R. Dr. **W. Fuchs,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
Dr. **Fürer,** dir. Arzt von Haus Rockenau b. Eberbach a. Neckar
Dr. **Joh. Füth,** Arzt in Koblenz a. Rh.
Dr. **Gallus,** Oberarzt, Landesanstalt Potsdam, Saarmunder Chaussee.
Geh. San.-R. Dr. **Ganser,** Dir. d. städt. Anstalt, Dresden, Lüttichaustr. 25 II.
Prof. Dr. **Gaupp,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Geelvink,** Oberarzt d. städt. Heilanstalt, Frankfurt a. M.
Dr. **Fr. Geist,** Oberarzt, Landesanstalt Hochweitzschen b. Westewitz (Mulde).
Dr. **Gellhorn,** Theresienhof bei Goslar a. Harz.
Geh. San.-R. Dr. **Gericke,** Bes. d. Sanat. Birkenhof b. Greiffenberg (Schl.).
Med.-R. Dr. **Fritz Gerlach,** Dir. d. Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Geh. Med.-R. Dr. **Heinr. Gerlach,** Münster (Westf.), Heerdestr. 13.
Dr. **Otto Gerling,** Oberarzt, Landeshospital Merxhausen, Reg.-Bez. Kassel.
Geh. San.-R. Dr. **Gerstenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Hildesheim.



Dr. **Nik. Gierlich,** dir. Arzt des Kurhauses Wiesbaden.
Dr. **Herm. Giese,** Oberarzt, Kloster Haina, Reg.-Bez.. Kassel.
Dr. **Götze,** Landesanstalt Untergöltsch bei Rodewisch (Kgr. Sa.).
Prof. Dr. **K. Goldstein,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **M. Goldstein,** Sanat. Großlichterfelde, Jungfernstieg.
Dr. **W. Gorn,** Seegefeld b. Berlin, Haus Falkenhagen.
Dr. **Gottschick,** Oberarzt, Landesanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **O. Grahl,** Sanat. Lauenstein b. Hedemünden a. Werra.
Dr. **v. Grabe,** Oberarzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg in Hamburg.
Geh. R. Prof. **von Grashey,** München, Prinzregentenstr. 18 II.
Dr. **Heinz Grau,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Dr. **Ad. Groß,** Dir. d. Bezirksanstalt Rufach (Elsaß).
Dr. **Paul Groß,** Nervenarzt, Stuttgart, Charlottenstr.
Med.-R.Dr. **Rob. Groß,** Dir. d. Landesanstalt Schussenried (Württ.).
San.-R. Dr. **Großmann,** Oberarzt, Altscherbitz b. Schkeuditz.
San.-R. Dr. **Clem. Gudden,** Nervenarzt, Bonn a. Rh., Buschstr. 2.
Prof. Dr. **Hans Gudden,** München, Steinsdorfstr. 2.
Geh. Med.-R. Dr. **Günther,** Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Prof. Dr. **H. Gutzmann,** Zehlendorf, Johannisstr. 1.
Geh. Med.-R. Dr. **Haardt,** Dir. d. Landesanstalt Emmendingen (Baden).
Dr. **Haberkant,** Dir. d. gemeinsamen Pflegeanstalt Hördt (Elsaß).
Dr. **Hagemeister,** Landesanstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Ernst Hahn,** Dir. Arzt d. städt. Irrenhauses, Breslau XII., Einbaumstr.
Dr. **Kurt Halbey,** Kreisassistenzarzt in Kattowitz.
Dr. **Edw. Harlander,** Oberarzt, Kreisanstalt Regensburg.
Prof. Dr. **Fritz Hartmann,** Graz, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Hasche-Klünder,** Oberarzt, Hamburg, Städt. Anstalt Friedrichsberg.
Dr. **H. Havemann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Tapiau, O.-Pr.
San.-R. Dr. **Hebold,** Dir. d. städt. Anstalt Wuhlgarten b. Biesdorf-Berlin.
Dr. **Hegar,** Oberarzt, Landesanstalt Wiesloch (Baden).
Dr. **F. Hegemann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Münster i. Westf.
Prof. Dr. **Heilbronner,** Utrecht, Maliebaan 59.
Dr. **H. Hellemann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bunzlau.
Dr. **W. Heinicke,** Oberarzt, Großschweidnitz (Kgr. Sa.).
Dr. **Heinke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Dr. **Heise,** Halle a. S., Jakobstr. 1.
Dr. **A. Heller,** Oberarzt, Landeshospital Haina, Reg.-Bez. Kassel.
San.-R. Dr. **von der Helm,** Privatanstalt Endenich b. Bonn a. Rh.
Dr. **Herfeldt,** Dir. d. Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).



Dr. **Hermkes,** Dir. der Prov.-Anstalt Eickelborn (Westf.).
Dr. **B. Herrmann,** Stabsarzt, Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **E. Herse,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt (W.-Pr.)
San.-R. Dr. **Herting,** Dir. d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinprovinz).
Dr. **Herwig,** Idiotenanstalt Nieder-Marsberg (Westf.).
San.-R. Dr. **M. Herzfeld,** Ruppichteroth, Kr. Sieg.
Dr. **Heß,** Leit. Arzt der Kahlbaumschen Privatanstalt Görlitz, Schillerstraße 14.
Geh. San.-R. Dr. **Hesse,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Hieronymus,** Prov.-Anstalt Lauenburg (Po.).
Dr. **Hinrichs,** Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Magn. Hirschfeld,** Berlin NW., In den Zelten 16.
Geh. Hofrat Prof. Dr. **Hoche,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Jos. Hock,** Dir. der Kreisanstalt Bayreuth.
Dr. **Höniger,** Arzt, Halle a. S., Schillerstr. 10.
Med.-R. Dr. **Hösel,** Dir. d. Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr Sachsen).
Dr. **Carl v. Hößlin,** Oberarzt, Eglfing b. München.
Geh. San.-R. Dr. **Höstermann,** Nervenarzt, Bonn a. Rh., Baumschulenallee 37.
Dr. **Imm. Hoffmann.,** Oberarzt, Pfafferode b. Mühlhausen i. T.
Dr. **Reinh. Hoffmann,** Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Bernh. Hollander,** London, 57, Wimpole Str. W, Cavendish Square.
Dr. **Holzen,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Priv.-Doz. Dr. **Homburger,** Heidelberg, Psychiatr. Poliklinik.
Dr. **Ad. Hoppe,** Dir. d. Kurhauses in Neckargemünd (Baden).
Dr. **J. Hoppe,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Uchtspringe (Prov. Sa.).
Dr. **Horn,** Dir. d. Priv.-Anstalt Waldhaus, Berlin-Tegel.
Dr. **Horstmann,** Dir. der Prov.-Anstalt Stralsund.
Prof. Dr. **Hübner,** Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Hüfler,** Nervenarzt, Friedrichshafen a. Bodensee.
Dr. **Hügel,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Dr. **Hußel,** Kreisanstalt Ansbach.
Dr. **Hußels,** Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **B. Huth,** Nervenarzt, Bonn a. Rh.
Obermed.-R. Dr. **Ilberg,** Dir. des Sonnensteins b. Pirna (Kgr. Sachsen).
Priv.-Doz. Dr. **M. Ißerlin,** München, Triftstr. 11.
Dr. **G. Jänecke,** Abt.-Arzt, Osnabrück, Prov.-Anstalt.
Prof. Dr. **Jahrmärker,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Marburg (Hessen).
Dr. **Alf. Jakob,** Ass.-Arzt, Hamburg, Staatsanstalt Friedrichsberg.
San.-R. Dr. **Jaspersen,** Privatanstalt Schellhorner-Berg b. Preetz (Holstein).



Med.-R. Dr. **L. Jenz,** Dir. d. Großh. Kinderheims Lewenberg, Schwerin (Meckl.).

Dr. **Jeß,** Oberarzt, Landesanstalt Eberswalde.

Dr. **Jirzik,** Dir. d. Sanat. Waldfrieden, Ziegenhals (Schlesien).

Dr. **Jödicke,** Oberarzt d. Kückenmühler Anstalten, Stettin.

Dr. **Kaes,** Staatsanstalt Friedrichsberg in Hamburg.

Dr. **Kahlbaum,** Dir. d. Privatanstalt Görlitz.

Dr. **Otto Kaiser,** Oberarzt d. Privatanstalt Neufriedenheim, Post München 12.

San.-R. Dr. **S. Kalischer,** Schlachtensee, Kurhaus Hubertus.

Dr. **Paul v. Kapff,** Grunewald b. Berlin, Königsallee 52.

Med.-R. Dr. **Karrer,** Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpf.).

Dr. **M. Kastan,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.

Geh. San.-R. Dr. **Jak. Kayser,** Dir., Dziekanka b. Gnesen.

Priv.-Doz. Dr. **Kehrer,** Psychiatr. Klinik, Kiel.

Med.-R. Dr. **A. Kellner,** Kgl. Landesanstalt Chemnitz.

San.-R. Dr. **Kern,** Dir. d. Idiotenanstalt Möckern b. Leipzig.

Dr. **Kerris,** Oberarzt, Johannistal b. Süchteln (Rheinpr.).

Dr. **A. Ketz,** Oberarzt, Prov.-Anst. Schwetz (W.-Pr.).

Dr. **Kieserling,** Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).

Dr. **Kirchberg,** Städt. Anstalt Frankfurt a. M.

Prof. Dr. **Kirchhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schleswig.

Dr. **E. v. Klebelsberg,** Hall (Tirol).

Dr. **Kleefisch,** Leit. Arzt, Idiotenanstalt Huttrop b. Essen (Rheinpr.).

Dr. **Kleffner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Münster (Westf.).

Priv.-Doz. Dr. **Kleist,** Erlangen, Psychiatr. Klinik.

San.-R. Dr. **Kleudgen,** Privatanstalt Obernigk b. Breslau.

Dr. **Klewe-Nebenius,** Oberarzt, Landesanstalt Konstanz (Baden).

San.-R. Dr. **Klinke,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).

Dr. **Klüber,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).

Dr. **O. Kluge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Potsdam.

Dr. **Knab,** Prov.-Anstalt Tapiau (O.-Pr.).

Geh. San.-R. Dr. **Knecht,** Neu-Ruppin.

Dr. **Aug. Knoblauch,** Oberarzt, städt. Siechenhaus, Frankfurt a. M., Gärtnerweg 31.

Dr. **Knoerr,** Dir. d. Landesanstalt Teupitz (Kr. Teltow).

Dr. **Hans Koch,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).

Dr. **Köberlin,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).

Dr. **Fr. Köbisch,** Dir. des Sanat. Friedrichshöhe, Obernigk b. Breslau.

Dr. **Hans Köhler,** bisher Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).

Dr. **M. L. Köhler,** Sanat. Hainstein b. Eisenach.

Dr. **König,** Kiel, Psychiatr. Klinik.

Dr. **H. Körtke,** Oberarzt, städt. Anstalt Langenhorn b. Hamburg.

Dr. **Kohnstamm,** Königstein i. Taunus.

Dr. **G. Kolb,** Dir. d. Kreisanstalt Erlangen.



Dr. **Wilh. Korte,** Anstaltsarzt, Eglfing b. München.
Geh. San.-R. Dr. **Kortum,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
Prof. Dr. **Fr. Kramer,** Berlin NW., Charité, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Krause,** Oberstabsarzt, Berlin W. 50, Augsburger Str. 36.
Dr. **Krauß,** Dir. d. Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Dr. **Krebs,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Med.-R. Dr. **Krimmel,** Dir. d. Landesanstalt Weißenau (Württ.).
Dr. **Fritz Kroemer,** Oberarzt, Prov.-Anstalt bei Schleswig.
Dr. **Kufs,** Landesanstalt Hochweitzschen (Kgr. Sa.).
Dr. **Kundt,** Dir. d. Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
San.-R. Dr. **v. Kunowski,** Dir., Rybnik (O.-Schl.), Prov.-Anstalt.
Dr. **Guido Kunze,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Dr. **Kurella,** Nervenarzt, Bonn a. Rh., S.
Dr. **Kurz,** Dir. d. Privatanstalt Pfullingen (Württ.).
Dr. **Kurzrock,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Lachmund,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
San.-R. Dr. **Georg Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.
San.-R. Prof. Dr. **Max Laehr,** Dir., Haus Schönow zu Zehlendorf-Wannseebahn.
Dr. **Martin Lahse,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Potsdam.
San.-R. Dr. **Gustav Landerer,** Dir., Christophsbad zu Göppingen (Württ.).
Hofrat Dr. **Paul Landerer,** Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Dr. **Joh. Lange,** dir. Arzt, Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **P. Langer,** Landesanstalt Pfafferode b. Mühlhausen i. T.
San.-R. Dr. **Lantzius-Beninga,** Dir. d. Landesanstalt Weilmünster (Nassau).
San.-R. Dr. **Leop. Laquer,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Jahnstr. 42.
Dr. **Erwin Lauschner,** Oberarzt, Treptow a. Rega, Prov.-Anstalt.
Dr. **F. Lehmann,** dir. Arzt, Lindenhof zu Coswig b. Dresden.
Geh. R. Dr. **G. H. Lehmann,** Dir. d. Landesanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **R. Lehmann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
Dr. **K. Lemberg,** Oberarzt, Eglfing b. München.
Dr. **Leonhardt,** Sanat. Waidmannslust b. Berlin.
Geh. Med.-R. Dr. **Arth. Leppmann,** Berlin NW., Kronprinzenufer 22.
San.-R. Dr. **Levinstein,** Dir., Maison de Santé, Schöneberg-Berlin.
Dr. **Max Lewandowsky,** Berlin W., Eichhornstr. 9.
Dr. **F. H. Lewy,** Ass.-Arzt, Breslau, Psychiatr. Klinik.
Dr. **M. Liebers,** Oberarzt d. Landesanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **A. Lienau,** Nervenarzt, Hamburg-Eimsbüttel, 19 am Weiher.
San.-R. Dr. **Lilienstein,** Nervenarzt, Bad Nauheim. Parkstr. 14.
Prof. Dr. **Hugo Liepmann,** Berlin W. 62, Ahornstr. 1.
Dr. **Lierau,** Oberarzt, Städt. Anstalt Hamburg-Langenhorn.
Dr. **K. Lindner,** Anstaltsarzt, Kreuzburg (Schlesien).
Dr. **Alfr. Linke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).

Hofrat Dr. **Lochner,** Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leipzig.
Dr. **Loder,** Landesanstalt Neuruppin.
Dr. **H. Lößl,** Oberarzt, Gabersee (O.-Baiern).
Dr. **Siegfried Löwenthal,** Arzt, Braunschweig, Bruchtorpromenade 12.
Dr. **Max Löwy,** Nervenarzt, Marienbad i. B.
Dr. **Georg Lomer,** Oberarzt, (Alt-) Strelitz, Landesanstalt.
San.-R. Dr. **Joh. Longard,** dir. Arzt des Fürst-Carl-Landesspitals, Sigmaringen.
Dr. **Max Lubowski,** dir. Arzt, Wiesbaden, Kurhaus Nerotal.
Dr. **Lückerath,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.
Dr. **Lüdemann,** Abt.-Arzt, Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Lüderitz,** Dir. d. Karl-Friedrich-Hospitals, Blankenhain in Thür.
San.-R. Dr. **Lullies,** Oberarzt, Prov.-Anst. Kortau b. Allenstein, O.-Pr.
Dr. **M. Lustig,** Naunhof-Erdmannshain b. Leipzig.
Dr. **Luther,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Priv.-Doz. Dr. **H. W. Maier,** 2. Arzt, Burghölzli, Zürich V
Prof. Dr. **Ludw. Mann,** Nervenarzt, Breslau, Tassenstr. 20.
Prof. Dr. **Al. Margulies,** Prag.
Dr. **Marthen,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Dr. **Martin,** Oberarzt d. Priv.-Anst. Neubabelsberg.
Obermed.-R. Dr. **Matusch,** Dir. d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Med.-R. Dr. **Mayer,** Dir. d. Philippshospitals zu Goddelau (Großh. Hessen).
Med.-R. Dr. **Mayser,** Dir. d. Landesanstalt Hildburghausen.
Dr. **Meltzer,** Oberarzt, Landesanstalt Groß-Hennersdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Kurt Mendel,** Nervenarzt, Berlin NW., Luisenstr. 21 II.
San.-R. Dr. **Mercklin,** Dir. d. Prov.-Anstalt Treptow a. Rega (Pomm.).
Dr. **P. Mercks,** Prov.-Anstalt Kreuzburg (O.-Schl.).
Priv.-Doz. Dr. **L. Merzbacher,** Laboratoriumvorsteher der Staatsirrenanstalt bei Buenos-Aires.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ernst Meyer,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Eugen Möller,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
Dr. **Paul Möller,** Nervenarzt, Großlichterfelde W., Berner Str. 9.
Dr. **Mönkemöller,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Hildesheim.
Dr. **Friedr. Mörchen,** Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr.).
Dr. **Mucha,** Dir. d. Privatanstalt Franz.-Buchholz b. Berlin.
Dr. **Ernst Müller,** Abt.-Arzt, Merxhausen b. Kassel.
Dr. **Hellm. Müller,** Oberarzt, Landesheilanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Muermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westf.).
Dr. **D. Munter,** Berlin C., Kaiser-Wilhelm-Str. 21.
Dr. **Nawratzki,** Privatanstalt Waldhaus bei Wannsee.
San.-R. Dr. **Cl. Neißer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Ernst Nenning,** Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).



Dr. **Nerlich,** Oberarzt, Landesanstalt Großschweidnitz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Neu,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
Prof. Dr. **Neuberger,** Dir. d. Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Geh. Med.-R. Dr. **Neuendorff,** Dir. d. Landesanstalt Bernburg, Anhalt.
Geh. San.-R. Dr. **H. Neuhaus,** Landespsychiater, Düsseldorf.
Dr. **Neupert,** Nervenarzt, Nürnberg, Laufertorgraben 35.
San.-R. Dr. **Niesel,** Nervenarzt, Stettin, Kaiser-Wilhelm-Str. 4.
Priv.-Doz. Dr. **Erwin von Nießl-Mayendorf,** Leipzig, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Nißl,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Nitsche,** stellvertret. Dir., Sonnenstein b. Pirna.
Dr. **Er. Noack,** Oberarzt, Landesanstalt Teupitz (Kr. Teltow).
Hofrat Prof. Dr. **Obersteiner,** Dir. der Privatanstalt Oberdöbling b. Wien.
Geh. San.-R. Dr. **Öbeke,** Bonn a. Rh., Baumschulenallee 7.
San.-R. Dr. **Östreicher,** Dir. d. Privatanstalt Nieder-Schönhausen b. Berlin.
Dr. **Ötter,** Dir. d. Kreisanstalt Kutzenberg (Oberfranken).
San.-R. Dr. **Ofterdinger,** Dir. d. Privatanstalt Rellingen b. Pinneberg.
Dr. **Ohl,** Ass.-Arzt, Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz.
San.-R. Dr. **Alb. Oliven,** dir. Arzt, Berolinum, Groß-Lichterfelde b. Berlin.
Dr. **Kurt Ollendorff,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.
Prof. Dr. **Oppenheim,** Berlin W., Königin-Augusta-Str. 28.
Dr. **Oppermann,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (M.-Franken).
Dr. **Orthmann,** Dir. d. Prov.-Anstalt Johannisthal b. Süchteln (Rheinld.).
Med.-R. Dr. **Oßwald,** Dir. der Landesanstalt Gießen.
Med.-R. Dr. **Oster,** Dir. d. Landesanstalt Reichenau b. Konstanz.
Geh. San.-R. Dr. **Otto,** Oberarzt, städt. Anstalt Herzberge zu Berlin-Lichtenberg.
Geh. San.-R. Dr. **Paetz,** Dir., Altscherbitz b. Schkeuditz.
Dr. **M. Pappenheim,** Gerichtspsychiater, Wien VIII, Lederergasse 22.
Dr. **Passow,** 2. Arzt d. Privatanstalt Eichenhain, Hamburg-Eimsbüttel.
Dr. **Paul,** Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.
Dr. **Peipers,** Dir. d. Privatanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.
Geh. San.-R. Prof. Dr. **Peretti,** Dir. d. Prov.-Anst. Grafenberg b. Düsseldorf.
San.-R. Dr. **Petersen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
San.-R. Dr. **Peterßen-Borstel,** Dir. d. Prov.-Anstalt Plagwitz (Schles.).
Prof. Dr. **Pfister,** Landau (Pfalz), Ostbahnstr. 7.
Dr. **Pförringer,** Ass.-Arzt, Hamburg, Staatsanstalt Friedrichsberg.
Hofrat Prof. Dr. **Pick,** Prag, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Plaskuda,** Oberarzt, Lübben, Brandenburgische Idiotenanstalt.



riv.-Doz. Dr. **Felix Plaut,** München, Psychiatr. Klinik.
·r. **Pohlmann,** Oberarzt, Aplerbeck (Westf.), Provinzial-Heilanstalt.
›r. **Art. Powels,** Anst.-Arzt, Kortau bei Allenstein.
›r. **Prinzing,** Dir. d. Kreisanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).
›r. **F. Probst,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
›r. **Quaet-Faslem,** Prov.-Nervenheilanstalt Rasemühle b. Göttingen.
ſed.-R. Dr. **Rabbas,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt (W.-Pr.).
)r. **C. von Rad,** Oberarzt d. Irrenabt. des Krankenhauses zu Nürnberg.
?rof. Dr. **Raecke,** Oberarzt, Frankfurt a. M., Städt. Anstalt für Geisteskr. u. Epil.
)bermed.-R. Dr. **Rank,** Friedrichshafen (Württ.).
Dr. **Karl Ranke,** Dir. d. Privatanstalt Obersendling b. München, Wolfratshauserstr. 29.
Priv.-Doz. Dr. **Otto Ranke,** Assist.-Arzt, Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Th. Ranniger,** Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Renninger,** Anstaltsarzt, Regensburg, Karthaus Prüll.
San.-R. Dr. **Ransohoff,** Dir., Stephansfeld b. Brumath i. E.
Hofrat Dr. **Ernst Rehm,** Dir. d. Privatanstalt Neufriedenheim b. München.
Dr. **Otto Rehm,** Oberarzt, städt. Heilanstalt Ellen bei Bremen.
Dr. **Friedr. Reich,** Oberarzt, Städt. Heilanstalt Buch (Reg.-Bez. Potsdam).
Prof. Dr. **Martin Reichardt,** Würzburg, Hofstr. 9.
Med.-R. Dr. **J. Reichelt,** Dir. d. Landesanstalt Hochweitzschen bei Westewitz (Mulde), Kgr. Sachsen.
Dr. **O. Rein,** Anst.-Arzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Reis,** Görlitz, Dr. Kahlbaums Privatanstalt.
Priv.-Doz. Dr. **Reiß,** Assist.-Arzt, Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Rentsch,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.
Dr. **O. Repkewitz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Richstein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neuruppin.
Geh. San.-R. Dr. **Richter,** Dir. d. städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Riebeth,** Dir., Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Dr. **Rieder,** Oberstabsarzt, Koblenz a. Rh.
Prof. Dr. **Rieger,** Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Rittershaus,** Abt.-Arzt, Hamburg, Städt. Anst. Friedrichsberg.
Dr. **Rizor,** Abt.-Arzt, Langenhagen b. Hannover.
Dr. **Hans Römer,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Dr. **Karl Römer,** Nervenarzt, Hirsau im Schwarzwald.
Dr. **Römheld,** Dir. d. Landesanstalt Alzey.
Dr. **Rösen,** Oberarzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Rohde,** Nervenarzt, Bad Königsbrunn b. Königstein a. Elbe.
Prof. Dr. **Rosenfeld,** Oberarzt, Straßburg i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **S. A. Rosenthal,** dir. Arzt d. Priv.-Anst. Sayn b. Koblenz.



Dr. **P. Roßbach,** Oberarzt, Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).

Dr. **Roth,** Oberarzt im K. bayr. 5. Artill.-Reg., Landau (Pfalz).

Geh. San.-R. Dr. **Rubarth,** Dir. d. Prov.-Anstalt Niedermarsberg (Prov. Westf.).

Dr. **Alb. Rühle,** Oberarzt, Halle a. S., Kronprinzenstr. 30 I.

Dr. **W. Runge,** Priv.-Doz., Oberarzt, Kiel, Psychiatr. Klinik.

San.-Rat Dr. **Rust,** 2. Arzt d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.

Dr. **Fr. Salinger,** städt. Anstalt Buch b. Berlin.

Geh. Med.-R. Dr. **Wilh. Sander,** Dir. d. städt. Anstalt Dalldorf b. Berlin.

Dr. **Friedr. Sandner,** Oberarzt, Bezirksanstalt Lörchingen (Lothr.).

Dr. **Sauermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).

Med.-R. Dr. **Alfons Schaefer,** Dir. d. Landesanstalt Roda S.-A.

Geh. San.-R. Dr. **Friedr. Schaefer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lengerich (Westf.).

Dr. **Gerh. Schäfer,** Oberarzt, städt. Anstalt Langenhorn, Hamburg.

San.-R. Dr. **Schauen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.

Dr. **Friedrich Schaumburg,** dir. Arzt der rheinischen Priv.-Anstalt Waldbröl.

Dr. **Schauß,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.

San.-R. Dr. **Schedtler,** Dir. d. Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).

Dr. **Scheiber,** Oberarzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).

Prof. Dr. **Scheven,** Rostock, Graf-Schack-Straße 1.

Dr. **Schilling,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.

Dr. **J. v. Schleiß-Löwenfeld,** Anstaltarzt, Gabersee, O. B.

Dr. **G. Schlomer,** Charlottenburg-Westend, Ulmenallee 35.

Geh. San.-R. Dr. **Adolf Schmidt,** Dir. d. Prov.-Anstalt Sorau N.-L.

San.-R. Dr. **Adolf Schmidt,** Dir., Pfafferode b. Mühlhausen i. T.

Dr. **Al. Schmidt,** Dir. d. Privatanstalt Carlsfeld b. Brehna (Prov. Sachs.).

Dr. **Alfr. Schmidt,** Oberarzt, Warstein (Westf.), Prov.-Anstalt.

Dr. **Emil Schmidt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Wunstorf b. Hannover.

Dr. **Heinr. Schmidt,** Mar.-Oberstabsarzt, Kiel, Bülowstr. 5 I.

Dr. **Herm. Schmidt,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.

Dr. **Karl Schmidt,** Oberarzt, Altscherbitz bei Schkeuditz.

Dr. **Kurt Schmidt,** Nervenarzt, Dresden-A., Walpurgisstr. 15.

San.-R. Dr. **Anton Schmitz,** Privatanstalt Bonn a. Rh., Lennéstr. 24.

Dr. **Matthias Schmitz,** Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.

San.-R. Dr. **Ernst Schneider,** Dir. d. Prov.-Anstalt Osnabrück.

Dr. **Herm. Schneider,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).

Dr. **Reinh. Schneider,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Untergöltzsch bei Rodewisch (Kgr. Sachsen).



Dr. **Hub. Schnitzer,** Idiotenanstalt Kückenmühle b. Stettin.
Dr. **Schnizer,** Oberarzt im Württ. Feldart. Rgt. 65, Ulm.
Dr. **Ew. Schön,** Kuranstalt Bellevue, Konstanz.
Dr. **Schöngarth,** Landesanstalt Sorau (N.-L.).
Dr. **Scholinus,** Privatanstalt Pankow b. Berlin, Breite Str. 18-19.
Dr. **Ludwig Scholz,** Nervenarzt, Bremen.
Dr. **Schott,** Dirig. Arzt der Epil.-Anstalt zu Stetten i. R. (Württ.).
San.-R. Dr. **Schreiber,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Kurt Schroeder,** Oberarzt, Uchtspringe (Altmark).
San.-R. Dr. **Max Schroeder,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pom.).
Prof. Dr. **Paul Schroeder,** Greifswald, Nerven- u. psychiatr. Klinik.
Dr. **H. Schrottenbach,** Ass.-Arzt, Graz, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Schubert,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg (O.-Schl.).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Schuchardt,** Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.
Dr. **W. v. Schuckmann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Dr. **Schürmann,** Dir. d. Landesanstalt Haina (Reg.-Bez. Kassel).
Priv.-Doz. Dr. **Hugo Schütz,** Privatanstalt Hartheck b. Gaschwitz-Leipzig.
Dr. **Otto Schütz,** Privatanstalt Hartheck b. Gaschwitz-Leipzig.
Dr. **Schulte,** Dir. d. Prov.-Anst. Marsberg (Westf.).
Dr. **Schulten,** dir. Arzt d. Privatanstalt Marienhaus zu Waldbreitbach (Rheinpr.).
Dr. **J. Schultz,** Ass.-Arzt, Chemnitz, städt. Nervenanstalt.
Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Göttingen, Prov.-Heilanstalt.
Obermed.-R. Dr. **Eugen Schulze,** Dir. d. Landesanstalt Arnsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Schuppius,** Mil.-Oberarzt, Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.
Dr. **Oskar Schuster,** Arzt, Dresden, Bergstr. 52.
Dr. **Hans Schwabe,** Oberarzt, Plauen i. V., Stadtkrankenhaus.
Dr. **Friedr. Schwarz,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Ansbach.
Reg.- u. San.-R. Dr. **Jos. Schweighofer,** Dir. d. Landesanstalt Salzburg.
Dr. **M. Schwienhorst,** Abt.-Arzt, Münster (Westf.).
Dr. **P. Seelig,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
Dr. **Seemann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
Dr. **Seifert,** Nervenarzt, Dresden, Christianstr. 8.
Dr. **M. Seige,** Nervenarzt, Partenkirchen.
San.-R. Dr. **Selle,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neuruppin.
Dr. **Friedr. Sendtner,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
San.-R. Dr. **Serger,** Dir. d. Landesanstalt (Alt-) Strelitz.
Dr. **Max Sichel,** Assist.-Arzt, Frankfurt a. M., städtische Irrenanstalt.
Dr. **A. Siebert,** Oberarzt, Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Siemerling,** Kiel, Psychiatr. Klinik.
Geh. San.-R. Dr. **Franz Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).

Dr. **Herm. Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Dr. **Rich. Sinn,** Dir. d. Privatheilanst. Neubabelsberg.
Prof. Dr. **Sioli,** Dir. d. städt. Anstalt Frankfurt a. M.
Dr. **Franz Sklarek,** Oberarzt. städt. Anstalt Buch b. Berlin.
San.-R. Dr. **Otto Snell,** Dir. d. Prov. Anstalt Lüneburg.
Dr. **Max Sommer,** 2. Arzt, Bendorf a. Rh., Dr. Erlenmeyersche Anstalten.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Rob. Sommer,** Gießen, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Specht,** Erlangen, Psychiatr. Klinik.
Priv.-Doz. Dr. **Walt. Spielmeyer,** München, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Kurt Sprengel,** Dir. d. Privatanstalt in Obernigk b. Breslau.
Dr. **Friedr. Stahr,** Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
San.-R. Dr. **Staiger,** Hohenasperg (Württ.).
Dr. **Stallmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig a. Saar.
Reg.-R. Dr. **Jos. Starlinger,** Dir. d. Landesanstalt Mauer-Öhling b. Wien.
Dr. **Stegmann,** Nervenarzt, Dresden-A., Struvestraße 4.
Dr. **Helenefriderike Stelzner,** Charlottenburg, Kantstr. 22 II.
Dr. **Herm. Stengel,** Arzt am Landesgefängnis Bruchsal (Baden).
Priv.-Doz. Dr. **Ew. Stier,** Stabsarzt, Charlottenburg, Schlüterstr. 52.
Dr. **Rich. Stöckle,** Oberarzt, Kreisanstalt Lohr (Unterfranken).
Dr. **Stövesandt,** Dir. d. Krankenanstalt Bremen.
Geh. San.-R. Dr. **Stoltenhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein (O.-Pr.).
Dr. **Storz,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Bunzlau.
Priv.-Doz. Dr. **E. Stransky,** Landesgerichtspsychiater, Wien VIII, Mölkergasse 3.
Prof. Dr. **Wilh. Strohmayer,** Nervenarzt, Jena.
Dr. **Wojislav Subotitsch,** Primararzt d. Kgl. Irrenanstalt zu Belgrad (Serbien).
Dr. **Alfr. Tauscher,** Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Tecklenburg,** Privatanstalt Tannenfeld b. Nöbdenitz S.-A.
Dr. **Tesdorpf,** München, Hildegardstr. 9.
Dr. **Teuscher,** Sanat. Loschwitz b. Dresden.
Med.-R. Dr. **E. Thoma,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Prof. Dr. **Thomsen,** Dr. Hertzsche Anstalt, Bonn, Kreuzbergweg 4.
Dr. **Thywißen,** leit. Arzt d. Anstalt St. Joseph, Neuß.
Geh. Med.-R. Dr. **Tigges,** Düsseldorf, Kaiserstr. 53.
Dr. **Tille,** Oberarzt, Landesanstalt Wittstock a. Dosse.
Dr. **Titius,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg (O.-Pr.).
Dr. **Heinr. Többen,** Arzt an der Strafanstalt Münster (Westf.).
Dr. **Tomaschny,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Stralsund.
San.-R. Dr. **Umpfenbach,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.

Dr. **Fritz Ungemach,** Dir. d. Kreisanstalt Lohr (Unterfranken).
Dr. **Fritz Utz,** Oberarzt, Kreisanstalt Ansbach.
Dr. **Veit,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.
Dr. **Franz Viedenz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.
Dr. **Ad. Vierzigmann,** Anstaltsarzt, Regensburg, Karthaus Prüll.
Med.-R. Dr. **Vocke,** Dir. d. Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Völker,** Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
Prof. Dr. **Heinr. Vogt,** Wiesbaden.
Prof. Dr. **Osk. Vogt,** Berlin W., Viktoriastr. 19.
Dr. **Vollheim,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. R. (Pommern).
Priv.-Doz. **W. von Voß,** Nervenarzt, Düsseldorf.
Dr. **Wachsmuth,** Dir., Eichberg b. Hattenheim a. Rh.
Dr. **Alb. Wagner,** Bad Langenschwalbach, Sanatorium Paulinenberg.
Dr. **Mor. Wahn,** leit. Arzt der Alex.-Anstalt in Crefeld.
San.-R. Dr. **Wahrendorff,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Waldschmidt,** Nikolassee, v. Luckstr. 13.
Dr. **Fr. K. Walter,** Priv.-Doz., Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.
San.-R. Dr. **R. Walter,** Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau.
Dr. **O. Walther,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt i. Holstein.
Dr. **Wanke,** Sanat. Friedrichsroda (Thüringen).
Dr. **Warda,** Blankenburg in Thüringen, Villa Emilia.
Priv.-Doz. Dr. **Wassermeyer,** Bonn, Dr. Hertzsche Anstalt, Kreuzbergweg 4.
Dr. **Wattenberg,** Dir. d. staatl. Anstalt Lübeck.
Prof. Dr. **Wilh. Weber,** Dir. der städt. Heilanstalt in Chemnitz.
Dr. **C. Wegener,** Prov.-Anstalt Warstein (Westfalen).
San.-R. Dr. **Weichelt,** Dir. d. Anstalt St. Thomas, Andernach a. Rh.
Dr. **Wilh, Weidenmüller,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Jerichow.
Dr. **Weifenbach,** Oberarzt, Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Carl Weiler,** Assist.-Arzt, München, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Julius Weiler,** Dir. d. Privatanstalt Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 38.
Dr. **Weißenborn,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Wende,** Oberarzt, Kreuzburg (Schlesien).
Priv.-Doz. Dr. **Wendenburg,** Oberarzt, Osnabrück, Prov.-Anstalt.
San.-R. Dr. **Karl Werner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Dr. **Paul Werner,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **A. Westphal,** Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Westrum,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lengerich (Westf.).
Dr. **Albrecht Wetzel,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Weyert,** Stabsarzt, Posen, Gartenstr. 12.
Prof. Dr. **W. Weygandt,** Dir. d. Staatsanstalt Friedrichsberg in Hamburg.
Dr. **Wichmann,** Arzt, Pyrmont.
Dr. **Karl Wickel,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Dziekanka b. Gnesen.



Dr. **E. Wiehl,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bedburg b. Cleve.
Dr. **Wilhelmy,** Oberarzt, Bonn, Dr. Herzsche Priv.-Anstalt.
Dr. **Willige,** Oberarzt, Halle a. S., Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Karl Wilmanns,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Paul Winckler,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Dr. **Fel. Winkler,** Oberarzt, Landesanstalt Arnsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **S. Winkler,** Dir. d. Sanat. Charlottenhaus, Breslau.
Dr. **Witte,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bedburg b. Cleve.
Dr. **Wörnlein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Dr. **Otto Wolff,** Privatanstalt Katzenelnbogen (Nassau).
Dr. **Henry Wolfskehl,** Oberarzt, Hohe Mark b. Oberursel am Taunus.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Wollenberg,** Straßburg i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **O. Woltaer,** Dir. d. Nervenheilanstalt Kleischer Wald b. Außig (Böhmen).
Med.-R. Dr. **Würschmidt,** Erlangen.
Hofrat Dr. **Würzburger,** Privatanstalt Herzoghöhe b. Bayreuth.
Dr. **Theodor Zahn,** Nervenarzt, Stuttgart, Schloßstr. 40.
Geh. San.-R. Dr. **Zander,** Berlin-Schöneberg, Hähnelstr. 13.
Dr. **Ed. Zenker,** Nervenarzt, Freienwalde a. O.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ziehen,** Wiesbaden.
San.-R. Dr. **Ziem,** Danzig, Langgasse 43.
Dr. **Ziertmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **R. Zimmermann,** Abt.-Arzt, Hamburg-Langenhorn, Staatsanstalt.
San.-R. Dr. **Karl Zinn,** Dir. d. Prov.-Anstalt Eberswalde.

Die Mitglieder werden freundlichst gebeten, Änderungen ihrer Stellung, ihres Titels oder Aufenthaltsortes regelmäßig dem Schriftführer mitzuteilen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

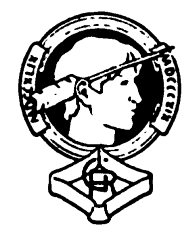
UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN **CRAMER** GÖTTINGEN **v. GRASHEY** MÜNCHEN **KREUSER** WINNENTAL **PELMAN** BONN **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

SIEBZIGSTER BAND
I. LITERATURHEFT



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1913

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1912

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

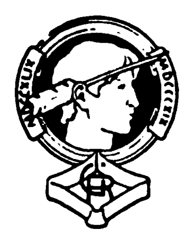
DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

I.

I. LITERATURHEFT

ZUM 70. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1913

1. Gerichtliche Psychopathologie.

Referent: Karl Wendenburg-Osnabrück.

I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

1. *Aschaffenburg, G.* (Köln), Handbuch der Psychiatrie. Allgemeiner Teil, 5. Abteilung, 304 S. 11 M. Gerichtliche Psychiatrie von Professor O. Bumke. Das Irrenrecht von Prof. Dr. E. Schultze. (S. 3*.)
2. *v. Bechterew, W.* (St. Petersburg), Die Anwendung der Methode der motorischen Assoziationsreflexe zur Aufdeckung der Simulation. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 2, S. 183.
3. *Bischoff, Ernst* (Wien), Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie für Mediziner und Juristen. 275 S. 10 M. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. (S. 3*.)
4. *Boeck, E.* (Troppau), Die Tätigkeit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige und das Verfahren in strittigen Fällen. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 47, S. 467. (S. 4*.)
5. *Cimbal, W.*, Beruht das psychiatrische und Unfallnervengutachten besser auf der Diagnose oder unmittelbar auf dem Befund? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge XLV. Suppl. I. (S. 4*.)
6. *Freudenthal, B.* (Frankfurt a. M.), Das Jugendgericht in Frankfurt a. M. 136 S. 6 M. Berlin, J. Springer.
7. *Gottschalk, R.*, Gerichtliche Medizin. 4. Aufl. 471 S. 6,50 M. Leipzig, Thieme. (S. 4*.)
8. *Leppmann, Fr.*, Hypnose und Rechtspflege. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11, S. 235.
9. *Leppmann, Fr.* (Berlin), Zur ärztlichen Begutachtung von Sittlichkeitsverbrechern. (§ 176, 3.) Ärztl. Sachv.-Ztg., Nr. 10, S. 202.



10. *Leers, Otto*, Gerichtsärztliche Untersuchungen. 162 S. 4 M. Berlin 1913, J. Springer. (S. 4*.)

11. *Mercklin, A.* (Treptow a. R.), Ärztliche Bescheinigungen über geistige Krankheit oder Gesundheit. Med. Klinik Nr. 49, S. 1975. (S. 3*.)

12. *Müller, M.* (Hof), Die Begutachtung des Geisteszustandes vor Gericht. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1619.

13. *Moll, A.* (Berlin), Irrtümer der Strafjustiz und ärztliche Sachverständige. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 1.

14. *Müller-Schürch, E. H.* (Zürich), Über die Stellung der kommunalen Medizin. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. H. 3, S. 119.

15. *Piepers, M. C.*, Die Einmischung des Psychiaters in Strafsachen. 48 S. Haag, Gebr. Blinfante.

16. *Placzek* (Berlin), Aus der forensisch-psychiatrischen Tagesgeschichte. Med. Klinik Nr. 1, S. 11.

17. *Puppe* (Königsberg), Gerichtsärztliche Erfahrungen bei der Untersuchung krimineller Jugendlicher. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. II. Suppl., S. 357.

18. *Rieger, C.* (Würzburg), Vierter Bericht aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Über ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. 218 S. 6,50 M. Würzburg, Curt Kabitzsch.

19. *Rittershaus, E.* (Friedrichsberg-Hamburg), Psychologische Tatbestandsdiagnostik (Die sogenannte „Strafuntersuchung der Zukunft“). Mitt. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. XIII, H. 5 S. 85. (S. 4*.)

20. *Stransky* (Wien), Rückwirkungen der forensischen auf die klinische Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69 H. 1, S. 108.

21. *Vorkastner, W.* (Greifswald), Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI. Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 14 Nr. 1, S. 5. (S. 4*.)

22. *Wagner v. Jauregg, J.* (Wien), Gutachten der Wiener medizinischen Fakultät. Wien. klin. Wschr. Nr. 21. (S. 3*.)



23. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Die Bedeutung der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems für den Gerichtsarzt. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 1912, Bd. 43, H. 1, S. 61.

24. *Zangger*, *H.* (Zürich), Die moderne Stellung der gerichtlichen Medizin. Die Beziehungen zwischen Medizin und Recht. 32 S. Beitr. z. Schweizerischen Verwaltungskunde H. 9. Zürich 1912, Orell Füssli. (S. 4*.)

Von dem *Aschaffenburg*schen Handbuch der Psychiatrie ist die 5. Abteilung des allgemeinen Teiles erschienen. Sie enthält in ihrem ersten Abschnitt eine kurze gerichtliche Psychiatrie, die von *Bumke* (1) verfaßt ist. Er hat es verstanden, auf nur 190 Seiten sämtliche Paragraphen des deutschen, österreichischen und schweizerischen Zivil- und Strafrechts, die psychiatrisches Interesse haben, in verständlicher und gründlicher Weise zu erläutern. Auch die Stellung des Sachverständigen vor Gericht und die Stellung des Geisteskranken im Prozeßverfahren ist eingehend berücksichtigt. Nicht unerwähnt möge bleiben, daß auch die lex ferenda noch ihren Platz gefunden hat. Die im 2. Abschnitt von *Schultze* gegebene Darstellung des Irrenrechts ist im 5. Teile dieses Referates besprochen.

Bischoffs (3) Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie berücksichtigt neben dem österreichischen das deutsche Recht und seine Beziehungen zur Psychiatrie. Es verfolgt auch den Zweck, dem Laienrichter bei der Beurteilung krankhafter Geisteszustände behilflich zu sein und ist dementsprechend in gemeinverständlichen Ausdrücken geschrieben.

Das von *Wagner v. Jauregg* (22) mitgeteilte Fakultätsgutachten ist sowohl wegen der sachlichen Schwierigkeiten interessant, es handelte sich nämlich um die Feststellung einer transitorischen Bewußtseinsstörung 4 Jahre nach der Tat, wie ganz besonders wegen der prinzipiellen Stellungnahme des Gutachters zu den modernen Untersuchungsmethoden. *Wagner* ist der Ansicht, daß die forensische Psychiatrie überhaupt keine zu große Subtilität der Untersuchung verträgt. Sie verträgt, um ein Gleichnis zu gebrauchen, nur eine Betrachtung des Geisteszustandes mit bloßem Auge und nicht mit dem Vergrößerungsglase. Denn wie eine Fläche, die dem unbewaffneten Auge spiegelblank erscheint, unter dem Mikroskop sich doch als mit lauter Unebenheiten versehen erweist, so stellen sich schließlich, wenn mit zu empfindlichen Methoden geprüft wird, bei jedem Menschen gewisse Mängel der geistigen Organisation heraus. Dies Ergebnis ist aber für die forensische Psychiatrie unbrauchbar, denn es ist abhängig einmal von der Disposition des zu Untersuchenden, dann aber ganz besonders von seinem guten Willen. Diese beherzigenswerten Worte wird jeder Praktiker in foro unterschreiben können. Würden sie durchweg berücksichtigt, stände es vielleicht besser um den Kredit der Psychiatrie.

Der praktische Arzt wird nach *Mercklin* (11) gewöhnlich um zwei Arten von psychiatrischen Attesten angegangen, um Aufnahmeatteste für Irrenanstalten und um Bescheinigungen geistiger Gesundheit. Die Aufnahmeatteste müssen vor allem Tatsachen enthalten, aus denen die Geisteskrankheit, Selbstmordneigung,



Gefährlichkeit eines Kranken ersichtlich ist. Sie dürfen nur auf Grund eigener Wahrnehmungen ausgestellt werden. Dies gilt auch von den Gesundheitsbescheinigungen, bei denen ganz besondere Vorsicht am Platze ist. Selbst wenn der Arzt sich durch wiederholte eingehende Untersuchungen überzeugt zu haben glaubt, daß völlige Geistesgesundheit besteht, handelt er klug, wenn er nur attestiert, daß er „zurzeit keine Zeichen von Geistesstörung gefunden hat“. Ein weitergehender Nachweis ist meist gar nicht erforderlich, die angegebene Form genügt in allen gerichtlichen Angelegenheiten.

Cimbal (5) betont, daß für die Erstattung von psychiatrischen und Unfallnervengutachten weniger die Diagnose als der Befund von Wichtigkeit ist. Nicht die psychiatrische Schule, auf derem Boden der Begutachter steht, darf entscheiden, sondern er muß über diese Schule hinaus zu einem Erfahrungswissen gelangen, das unabhängig ist von der theoretischen Krankheitslehre. Sehr erwünscht wäre der Ausbau einer verständlichen und einheitlichen Nomenklatur, denn diese ist für den Verkehr mit Nichtpsychiatern unerläßlich.

Rittershaus (19) hält auch in seinem neusten Vortrage über die psychologische Tatbestandsdiagnostik die Komplexforschung noch nicht für praktisch brauchbar. Trotzdem hat sie aber einen hohen wissenschaftlichen Wert.

Boeck (4) verlangt für Fälle, in denen sich kein bindendes Gutachten über den Geisteszustand abgeben läßt, die Einführung einer „fachlichen Berufungsinstanz“ zur Nachprüfung des Vorgutachtens.

Auf die reichhaltige Zusammenstellung der wichtigsten Gerichtsentscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie durch *Vorkastner* (21) sei auch an dieser Stelle hingewiesen.

Gottschalks (7) kleine gerichtliche Medizin ist in vierter und verbesserter Auflage erschienen. Die Vorzüge des Büchleins sind schon bei der dritten Auflage in diesem Bericht gewürdigt. Ich hätte dem nur hinzuzufügen, daß der Verfasser durch Nachtrag der neuen gesetzlichen Bestimmungen z. B. über die Feuerbestattung und durch eingehende Berücksichtigung der Reichsversicherungsordnung verstanden hat, die praktische Brauchbarkeit seines Werkes noch zu erhöhen.

Die „gerichtsärztlichen Untersuchungen“ von *Leers* (10) geben eine gute, praktische Anleitung zur Untersuchung und Begutachtung in allen wichtigen gerichtsärztlichen Fragen.

Für Ärzte, Richter und Laien gleich empfehlenswert ist die kleine Schrift von *Zangger* (24) über die moderne Stellung der gerichtlichen Medizin. Sie macht sich zur Aufgabe, die Entwicklung der Beziehungen zwischen Medizin und Recht zu beleuchten und zu zeigen, daß diese Entwicklung ein organischer Ausbau der Aufgaben der gerichtlichen Medizin ist. Die gerichtliche Medizin hat zwei Aufgaben: 1. die allgemein medizinische, mit speziellen Anforderungen an die Genauigkeit der ätiologischen Diagnostik. Die Voraussetzungen davon sind: die Kenntnis der medizinischen und naturwissenschaftlichen Methodik. Die Gesetze verschärfen die Anforderung an die Präzision besonders dadurch, daß ganz neue Konsequenzen als Folge genau definierter Zusammenhänge auftreten. Jeder Arzt ist durch die



Forderung des neuen Rechtes einer neuen Kontrolle ausgesetzt. Seine Meinung muß von ihm selber in Zahlen und Größen meist schriftlich ausgesetzt werden und steht für immer fest. Die gerichtliche Untersuchung, die Zeugeneinvernahme, die Anklage usw. kontrolliert seine Angaben; 2. hat der Arzt eine juristisch-kriminalistische und administrativ-soziale Aufgabe, die sich in der Mehrzahl der Fälle an die erste Aufgabe gleichberechtigt und gleichwertig anschließt. Sie umfaßt die Untersuchung der Spuren eines Verbrechens, der Spuren eines Unglückes oder einer zufälligen Körperbeschädigung, die sich bis in den Moment der Untersuchung hinein erhalten haben und die Rekonstruktion eines Vorganges für einen bestimmten Moment der Vergangenheit gestatten. Um diese Rekonstruktion durchzuführen, ist notwendig, daß die Leistungsfähigkeit der Methoden, deren Genauigkeit, Zuverlässigkeit usw. bekannt sind, daß man ferner weiß, wie und wo man die Spuren sucht, unter was für Bedingungen die Spuren verändert werden (Konservierung der Spuren durch die Untersuchungsbehörden). Daraus ergibt sich, daß die gerichtliche Medizin die Juristen darüber belehren muß, wo sie in zivilrechtlichen, strafrechtlichen und polizeilichen Fragen bei der Medizin und den Naturwissenschaften Rat holen können. Ferner kann der Mediziner den Juristen häufig aufklären über die verschiedenen Folgen der verschiedenen in Betracht kommenden Gesetze. So ist es natürlich, daß die Anforderungen durch die Fortschritte des Rechtes detailliertere werden. Während das medizinische Hauptinteresse die Wirkung eines gerade jetzt bestehenden Zustandes eines Menschen für die nächste Zukunft und dessen Beeinflussungsmöglichkeiten umfaßt, muß die gerichtliche Medizin die Beziehungen des menschlichen Körpers nach außen quantitativ festlegen, sowohl für bestimmte Zeitpunkte in der Vergangenheit, speziell bei Verbrechen, als auch für die Zukunft. Von einer Beurteilung schon entstandener Schädigungen im allgemeinen Sinn geht die Aufgabe weiter zur Feststellung der Ursachen, der Gefahren für andere und der Wege, die diese Gefahren in der heutigen Kultur nehmen.

II. Strafrechtliche Psychiatrie.

1. *Aschaffenburg*, *G.* (Köln), Ein Jugendstrafgesetz. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 4, S. 234. (S. 11*.)
2. *Becker*, *Theop.* (Metz), Begutachtung von Alkoholdelikten. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 11.
3. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Moralischer Schwachsinn vor Gericht. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. 1912. (S. 10*.)
4. *Birnbaum*, *K.* (Buch), Psychiatrie und Strafrechtspflege im Laufe der letzten Jahrzehnte. Dokumente des Fortschritts, internationale Revue (Herausg. Broda, Verlag: G. Reimer, Berlin). S. 567. (S. 11*.)



5. *Buchholz*, *A.* (Hamburg-Friedrichsberg), Über den Vorentwurf zum Reichsstrafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, 11./12. H., S. 679.

6. *Burgl*, *G.* (Regensburg), Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 302 S. 7 M. Stuttgart 1912, Ferdinand Enke. (S. 10*.)

7. *Cetline*, *S.* (Moskau), Simulation et folie. Archives internationales des Neurologie 1912, 34 année, vol. I, no. 4, p. 212.

8. *Eisath*, *G.* (Hall), Ein krimineller Fall vom klinischen und gerichtlich-psychiatrischen Gesichtspunkte betrachtet. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 36, S. 419.

9. *Engelen*, *Kahl* und *Mezger*, Über die Zurechnungsfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. IX H. 1. (S. 8*.)

10. *Eulenburg*, *A.* (Berlin), Aus dem Gebiete der Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform (Sammelreferat). Med. Klinik Nr. 15, S. 624.

11. *Freudenthal*, *B.* (*Almenröder*, *H. Vogt*, *Polligkeit*), Das Jugendgericht in Frankfurt a. M. 136 S. 6 M. Berlin J. Springer. (S. 10*, 11*.)

12. *Friedrich*, *Waldemar*, Die strafrechtliche Bedeutung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. Inaug. Diss. Bonn. (S. 9*.)

13. *v. Hentig*, *H.* (München), Neues Jugendrecht in Frankreich, Belgien und Deutschland. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 9, S. 513.

14. *Hoisholt*, *A. W.* (Stockton, Cal.), The dream-state of Delirium tremens and the inadequacy of the California statutes in not covering certain conditions of irresponsibility for crime, exemplified in an unusual case. California state journal of medecine.

15. *Hoppe*, *H.* (Königsberg), Simulation und Geistesstörung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. April.

16. *Hughes*, *C. H.* (St. Louis), Real and pseudo-expert medical testimony before courts and juries. The alienist and neurologist 1912, vol. 33, no. 1, p. 13.

17. *Ilberg*, *G.* (Sonnenstein), Die forensische Bedeutung der Dementia



paralytica. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 46, H. 1 u. 2, S. 102. (S. 11*.)
18. *Jödicke, P.* (Stettin), Simulation von epileptischen Anfällen durch einen jugendlichen Psychopathen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 1, S. 46. (S. 10*.)
19. *Jones, Robert,* The varieties of dementia and the question of dementia in relation to responsibility. Journ. of mental science vol. 58 no. 242, p. 411.
20. *Kirchberg, Paul* (Frankfurt a. M.), Über Eigentumsvergehen bei Dementia paralytica. Arch. f. Psychol. Bd. 49, H. 3, S. 722,
21. *Lacassagne, A.*, Consultation médico-légale sur l'état mental de M. E. P. 48 S. Lyon 1912, A. Rey.
22. *Leppmann, A.*, Der Minderwertige im Strafvollzuge. Berlin, Schoetz. 2,40 M.
23. *Levy-Suhl, M.* (Berlin-Wilmersdorf), Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und die Reformvorschläge zum § 56 des deutschen Strafgesetzbuches. 41 S. 1,60 M. Stuttgart, Enke. (S. 11*.)
24. *Meyer, E.* (Königsberg), Alkohol und Zurechnungsfähigkeit. Recht und Wirtschaft Juli 1912. (S. 9*.)
25. *Moeli,* Über Anwendung des § 202 StPO. bei Personen, die im Verlaufe einer Untersuchung geisteskrank befunden werden. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 12, S. 642. (S. 8*.)
26. *Nerlich,* Ein Fall von Simulation geistiger Störung. H. Groß' Archiv Bd. 50, H. 1, S. 24. (S. 10*.)
27. *Oppermann, W.* (Dresden), Psychiatrische Aufklärung im Dienste der Strafrechtspflege. Deutsche Richterztg. Jahrg. 4, 1912, Nr. 2, S. 84. (S. 9*.)
28. *Pollitz,* Zur Psychologie des Strafvollzuges. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 918.
29. *Puppel, Rich.*, Über Alkoholvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus. Friedreichs Bl., H. 6.
30. *Schäfer, G.* (Langenhorn), Ein Fall hartnäckiger Simulation von Geisteskrankheit. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 47, H. 3—4, S. 279.
31. *Schubert* (Dresden), Die angeborene Geistesschwäche und ihre



forensische Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 46, H. 1—2, S. 166. (S. 11*.)

32. *Staiger* (Hohenasperg), Die Behandlung psychopathisch minderwertiger Strafgefangener jetzt und nach dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 458.

33. *Wassermeyer*, *M.* (Bonn), Geisteskrankheit oder Simulation. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. 1912. (S. 10*.)

34. *Weygandt*, *W.* (Friedrichsberg), Ärztliches über die Behandlung der Verbrechen und Vergehen gegen die Sittlichkeit im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 18, S. 858. (S. 9*.)

35. *Ziemke*, *E.* (Kiel), Glossen zum Strafgesetzentwurfe. Med. Klinik Nr. 12, S. 508. (S. 8*.)

36. *Zingerle*, *H.* (Graz), Über transitorische Geistesstörungen und deren forensische Beurteilung. 52 S. 1,20 M. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. VIII, H. 7. Halle 1912, Carl Marhold. (S. 11*.)

Ziemke (35) gibt eine sehr eingehende und dabei wegen ihrer Kürze rasch orientierende Nebeneinanderstellung der den Arzt interessierenden Abschnitte aus dem Vorentwurfe zum Strafgesetzbuch und versieht sie mit kritischen Bemerkungen über ihre Zweckmäßigkeit vom Standpunkt unserer Wissenschaft.

Moeli (25) teilt Beschwerden von Untersuchungsgefangenen mit, die nach § 202 StPO. wegen Geisteskrankheit außer Verfolgung gesetzt und einer Anstalt überwiesen waren, und die nunmehr ihre Entlassung verlangten, da in dem Gerichtsbeschlusse nicht hervorgehoben war, daß Geisteskrankheit der Grund ihrer Außerverfolgungsetzung wäre. Dies muß also jedesmal besonders mitgeteilt werden, solange nicht der § 65 des V.-E. in Geltung ist.

Engelen (9), *Kahl* (9) und *Mezger* (9) behandeln das Problem der verminderten Zurechnungsfähigkeit in drei kleinen Aufsätzen. Nach *Engelen* hat der Staat die Pflicht, sich besonders mit den vermindert Zurechnungsfähigen als solchen zu befassen, jedoch soll das Strafgesetz keine Begriffsbestimmung der verminderten Zurechnungsfähigkeit geben. Es soll dem Richter überlassen sein, auf Strafe oder sichernde Maßnahmen oder beides zu erkennen, je nachdem der Geisteszustand es erfordert. Über diesen sind Sachverständige zu vernehmen. Die sichernden Maßnahmen sind durch ein Gesetz zu bestimmen. Die Feststellung verminderter Zurechnungsfähigkeit nach erfolgter Verurteilung soll ein Grund zur Wiederaufnahme des Verfahrens sein. *Kahl* gibt eine Übersicht des gegenwärtigen Standes der europäischen Gesetzgebung über die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Er tritt, im Gegensatz zu *Engelen*, für eine Definition der verminderten Zurechnungsfähigkeit durch das Strafgesetz ein, damit auch der Laienrichter sie beurteilen



kann. Die Anwendung der Strafen für den Versuch auf die verminderte Zurechnungsfähigkeit hält er für ganz verkehrt. Hier sind einzig und allein Sicherungsmaßnahmen am Platze. *Mezger* weist schließlich darauf hin, daß die Entwicklung der forensischen Psychiatrie und ihr wachsender Einfluß auf die Urteilsfällungen in weiten Kreisen Mißbehagen hervorgerufen hat.

Oppermann (27), ein Jurist, hofft, daß trotz aller Bedenken die Paragraphen des V.-E.s über Internierung und Zwangsbehandlung der Minderwertigen und der Trinker glücklich unter Dach und Fach gebracht werden. Eins macht ihm aber Bedenken. Er kann sich nicht vorstellen, woher der Richter dem Psychiater, der später viel öfter zitiert werden wird als jetzt, das zur Begutachtung des oft genug streitigen Geisteszustandes notwendige Material beschaffen soll. Es ist deshalb dringend notwendig, daß das Laienelement mehr als bisher über Geisteskrankheiten und geistige Abnormitäten aufgeklärt wird.

Die Behandlung der Sittlichkeitsdelikte im Vorentwurf findet im allgemeinen *Weygandts* (34) Billigung. Bezüglich des § 175 in seiner neuen Form kommen ihm aber mancherlei Bedenken. Die Strafverschärfung für berufsmäßige gleichgeschlechtliche Prostitution und für homosexuelle Betätigung unter Benutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses findet er wohl am Platze. Die Ausdehnung der Strafbestimmungen auf die Tribadie erscheint ihm dagegen bedenklich, weil diese schwer nachweisbar ist. Die Ignorierung der tatsächlich, wenn auch nicht so oft wie behauptet, vorkommenden homosexuellen Anlage in der Begründung des Vorentwurfs entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen. Betrüblich ist, daß nach *W.* auch in manchen Knabenwandervereinen durch das gemeinsame Übernachten dem homosexuellen Verkehr Vorschub geleistet werden soll.

Ernst Meyer (24) ist nicht damit einverstanden, daß Trunkenheit und Trunksucht, an sich krankhafte geistige Störungen, auch im Vorentwurf nicht als strafmildernd gelten sollen. Er fürchtet sogar, daß nach der Ausnahmeklausel des § 63 V.-E. Trunkene noch weniger Entschuldigung bei den Richtern finden würden wie im heutigen Recht, trotzdem durch die weiter vorgesehenen Fürsorgemaßnahmen das Krankhafte des Zustandes anerkannt würde. Die Naturwissenschaft wird der juristischen Praxis diese Konzession aber doch wohl machen müssen, denn wohin sollten wir mit der praktischen Strafrechtspflege kommen, wenn jeder Trunkene für seine Handlungen unverantwortlich wäre. Sollte etwa der Verbrecher, der sich, wie es ja gar nicht selten vorkommt, Mut zu seiner Straftat antrinkt, exkulpiert werden? Hier geht die Rücksicht auf die Allgemeinheit entschieden der auf das Individuum vor.

Friedrich (12) schätzt den Prozentsatz der Schwurgerichtssachen, in denen der Alkoholgenuß des Täters direkt für die Tat bestimmend gewesen ist, auf etwa 30% aller Schwurgerichtsdelikte, während von den Strafkammer- und Schöffengerichtsdelikten wohl 60—80% unter diese Rubrik fallen. Da sich das geltende Gesetz über die Bewertung einfacher Trunkenheit ausschweigt, so hat sich die Praxis herausgebildet, die Trunkenheit im allgemeinen als mildernden Umstand zu betrachten. *Fr.* billigt diesen Standpunkt, weil bei gewissen Anlässen, z. B. Volksfesten, die Trunkenheit eine weit verbreitete Volkssitte ist, der sich der einzelne

nur schwer entziehen kann. Es wäre aber unrecht, wollte man den Delinquenten deshalb härter strafen, weil er bei solcher Gelegenheit betrunken war, und in solchem Zustande die Tat begangen hat.

Becker (3) betont, daß sich moralischer Schwachsinn auch bei geringen intellektuellen Defekten findet. Aber neben diesen muß man nachweisen die schon im Kindesalter sich geltend machenden charakteristischen ethischen Defekte und eine Unfähigkeit normalen ethischen Fühlens und Denkens. Der Nachweis körperlicher Degenerationszeichen kann von Vorteil sein. Die Annahme eines moralischen Schwachsinns reicht natürlich nicht zur Anwendbarkeit des § 51 StGB. aus.

(*Ernst Schultze*-Göttingen.)

Burgl (6), Gerichtsarzt in Regensburg, hat in seiner forensischen Tätigkeit eine große Zahl von Hysteriefällen auf ihre strafrechtliche Verantwortlichkeit zu prüfen gehabt. Er teilt 20 davon in extenso mit und schickt ihnen eine ausführliche Darstellung der Symptomatologie der Hysterie und der strafrechtlichen Verantwortlichkeit der Hysterischen vorauf. Die Schilderung der interessanten Fälle ist recht gut.

Wassermeyer (33) teilt zwei interessante Gutachten mit. Im ersten Falle handelte es sich um einen Neurastheniker, der zu Unrecht als Paralytiker angesehen war. Der Vorwurf, er habe simuliert, war nicht berechtigt; reflektorische Pupillenstarre und Fehlen der Patellarreflexe lassen sich nicht vortäuschen. Die Annahme einer ungenügenden Untersuchungstechnik liegt näher. Der zweite Fall betrifft einen alten vorbestraften Zuchthäusler, der in der Untersuchungshaft erkrankte und als unheilbar entmündigt wurde. Jahrelang führte er routinierte Einbruchsdiebstähle aus, ging aber als Geisteskranker straffrei aus. Zwecks Heirat betrieb er die Aufhebung seiner Entmündigung. (*E. Schultze*-Göttingen.)

Nerlich (26) schildert einen Fall von Simulation bei einem Meineidsverbrecher. In der Anstalt machte es keine Schwierigkeiten, den Schwachsinn, an dem der Beschuldigte leiden wollte, als künstliches Produkt zu erkennen. Es bewährte sich auch in diesem Falle die Tatsache, daß selbst geriebene Gauner scheitern, weil sie Geisteskranke und -krankheiten nicht kennen. Ähnlich lag die Sache bei einem Einbrecher, den *Schäfer* (26) beobachtete. Dieser führte seine Simulationsversuche 9 Monate lang hartnäckig fort, gab sie aber unmittelbar nach der Urteilsverkündung auf, als er sah, daß er der Strafe nicht entgehen konnte.

Jödicke (18) veröffentlicht einen seltenen Fall, in dem ein Junge von etwa 18 Jahren, mit einer sehr für Epilepsie sprechenden Anamnese jahrelang verstanden hatte, epileptische Anfälle zu simulieren. Er verstand sie so naturgetreu zu imitieren, daß mehrere beamtete Ärzte das Vorhandensein von Epilepsie bescheinigten. Erst Anstaltsbeobachtung und exakte Pupillenuntersuchung führten auf die richtige Spur. Pat. gestand zu, simuliert zu haben, und die Krämpfe hörten auf.

In Frankfurt, dessen Jugendfürsorge seit langem als vorbildlich gelten kann, sind auch am Jugendgerichte Kräfte tätig, welche es nicht bei der handwerksmäßigen Erledigung ihrer Aufgaben bewenden lassen. Der vorliegende Bericht über die Jahre von 1908—1912 legt ein Zeugnis dafür ab, mit welcher Hingabe sich die Beteiligten, Richter und Staatsanwalt, Sachverständiger und Jugendhelfer der



ihnen anvertrauten Sache gewidmet haben. Die Aufgaben des Richters schildert *Allmenröder* (11), die Tätigkeit des Staatsanwaltes *Ludwig Becker* (11), von *Heinrich Vogt* (11) stammt der medizinische Bericht über die Tätigkeit des ärztlichen Gutachters. Die Fürsorgemaßnahmen, die in Verbindung mit dem Jugendrichter von der Frankfurter Jugendgerichtshilfe getroffen werden, bringt *Polligkeit*, der auch über ihre Zweckmäßigkeit und ihre Erfolge berichtet.

Aschaffenburg (1) verlangt ein Jugendstrafgesetz, das er wegen der Eigenart der jugendlichen Rechtsbrecher dringend für nötig hält. Vorher wäre vielleicht im Wege einer Novelle das Notwendigste und leicht Erreichbare zusammenzufassen.

Levy-Suhl (23) fordert, daß beim jugendlichen Verbrecher nicht nur die intellektuelle Reife, wie sie das Gesetz verlangt, sondern neben der intellektuellen auch die sittliche Reife berücksichtigt wird, wenn es sich um die Frage des Diszernements (§ 56) handelt. Man darf auch nicht die straffreie Altersgrenze auf ein Lebensjahr festlegen, wie es das geltende Gesetz und der Vorentwurf tut. Den natürlichen Verhältnissen wird man nur gerecht, wenn bei den Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren das Gesetz die Frage zuläßt, ob wegen zurückgebliebener Entwicklung oder mangels sittlicher oder geistiger Reife der Täter nicht die Fähigkeit besaß, das Ungesetzliche seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen. Diesen Weg hat die zweite Strafrechtskommission in ihren Vorschlägen schon beschritten. Im zweiten Teile seiner Arbeit, welcher der Methodik der Prüfung ethischer Qualitäten gewidmet ist, betont *Levy* zunächst die Unzulänglichkeit aller Methoden und teilt dann seine an 120 Angeklagten gewonnenen Prüfungsresultate mit. Sie ergeben, daß in den unteren Jahresklassen der Jugendlichen die allgemeinen theoretischen Voraussetzungen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit oder Verantwortlichkeit normaliter noch nicht gegeben sind. Ferner, daß die Wiedereinführung der relativen Strafunmündigkeit für die Jugendlichen über 14 und die obligatorische Mitberücksichtigung des sittlichen Reifegrades der Straffälligen für durchaus berechtigt und notwendig anzusehen ist.

Die forensische Bedeutung der Dementia paralytica faßt *Ilberg* (17), die der angeborenen Geistesschwäche *Schubart* (31) in einem referierenden Vortrage zusammen.

Zingerle (36) beschreibt 16 Fälle von transitorischer Geistesstörung. Sie waren entstanden auf dem Boden der angeborenen oder erworbenen Degeneration und stellten sämtlich Ausnahmezustände dar, charakterisiert im wesentlichen durch eine Änderung des Gesamtbewußtseins. Die Symptomatik war, entsprechend der vielfachen Zahl der auslösenden Momente, recht mannigfaltig. Die in diesen Zuständen begangenen kriminellen Handlungen trugen durchaus nicht immer den Charakter des Sinnlosen oder Krankhaften, sondern waren häufig anscheinend wohl überlegt. Es ist deshalb grundverkehrt, aus der Tat auf den Geisteszustand Rückschlüsse zu ziehen. Wichtig ist es auf geistige Prodromalsymptome zu fahnden, wenig beweisend ist wieder die Amnesie, zumal sie simuliert sein kann.

Birnbaum (4) gibt einen kurzen, gemeinverständlichen Überblick über die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Strafrechtspflege der letzten Jahrzehnte.



III. Kriminal-Anthropologie und -Psychologie.

1. *Aschaffenburg* und *Partenheimer* (Köln), Bericht über den 7. internationalen Kongreß für Kriminalanthropologie. Köln, 9. bis 13. Oktober 1911. 517 S. 10 M. Heidelberg, C. Winter. (S. 17*.)
2. *v. Baehr* (Breslau), Verbrechen und Alkohol. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1912, Nr. 11, S. 236.
3. *Barr, M. W.* (Elwyn, Penn.), The asexualization of the unfit. The alienist and neurologist 1912, vol. 33, no. 1, p. 1.
4. *Bartlett, G. N.*, The genealogy of a case of criminality with insanity, with the clinical notes. Journ. of mental science 1912, vol. 58, no. 241, p. 317.
5. *Belletrud, M.*, et *Froissart, M.* (Pierrefeu), Un vagabond. Archives internationales de Neurologie 1912, mars, vol. I, 10 série, 34 année, p. 137.
6. *Bleuler, E.*, Geisteskrankheit ohne forensische Konsequenzen und einige andere Grenzfälle. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 1912, H. 3, S. 11. (S. 20*.)
7. *Clarke, G.*, Sterilisation from the eugenic standpoint, with heredity statistics from the Long-Grove asylum clinical records. Journ. of mental science 1912, vol. 58, no. 240, p. 48.
8. *Cornu, G.*, Le divorce et les aliénés. La clinique no. 35, p. 547.
9. *Crothers*, Criminality and morphinism. New York med. Journal 27. January.
10. *Daniel, A. W.*, Some statistics about sterilisation of the insane. Journ. of mental science 1912, vol. 58, no. 240, p. 62.
11. *Deroitte, V.*, Les lacunes de l'assistance judiciaire et social des anormaux. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. no. 165, p. 482.
12. *Egenberger, R.*, Die Lehr- und Arbeitskolonie für Schwachbegabte als Mittel gegen die Durchdringung unseres Volkes mit unheilbar Minderwertigen. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. H. 4. (S. 18*.)
13. *Fernold, Guy. G.*, The defective delinquent class differentiating tests. Americ. journ. of insan. vol. 58, no. 4, p. 523.
14. *Flint*, Sexual crimes. New York med. Journal no. 5.
15. *Frénel*, Divorce et aliénation mentale. Réponse à l'article de



M. Parant. Ann. méd.-psychol. Jahrg. 70, no. 4 u. 5, Okt. u. Nov. S. 357.

16. *Garnier*, *S.* (Dijon), Le crime de Roussillon et l'état mental de ses trois auteurs. Ann. méd.-psychol. 70 année, no. 1, p. 31; no. 6, p. 504.
17. *v. Grabe*, *E.* (Hamburg-Friedrichsberg), Prostitution, Kriminalität und Psychopathie. H. Groß' Archiv Bd. 48, H. 1 u. 2, S. 135.
18. *Gruhle*, *H. W.* (Heidelberg), Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Studium zur Frage: Milieu oder Anlage. 454 S. 18 M. Berlin, J. Springer. (S. 20*.)
19. *Hirschfeld*, *M.*, und *Burchard*, *E.* (Berlin), Zur Kasuistik des Verkleidungstriebs. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23, S 477. (S. 21*.)
20. *Hirschfeld*, *M.*, und *Tike*, *M.*, Der erotische Verkleidungstrieb (die Transvestiten). 2. Aufl. Berlin, A. Pulvermacher. (S. 21*.)
21. *Homburger*, *Aug.* (Heidelberg), Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener. Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Kriminalpsychologie H 2. 207 S. 2 M. Berlin, Springer. (S. 20*.)
22. *Hübner* (Bonn), Kriminalpsychologisches über das weibliche Geschlecht. Allg. Ztschr. f Psych. Bd. 69, H. 2, S. 276.
23. *Kalmus*, *E.* (Prag), Die kriminalistischen Aufgaben des Arztes nach gegenwärtigem und zukünftigem Recht. Prager med. Wschr. 37, Nr. 38—39. (S. 17*.)
24. *Kauffmann*, *Max* (Halle a. S.), Die Psychologie des Verbrechens. 344 S. 10 M. Berlin 1912, Julius Springer. (S. 17*.)
25. *Kiernan*, *J. G.* (Chicago), Erogenous zones in acquired sexual perversion. Americ. journ. of dermat. and genito-urinary diseases March 1912.
26. *Kiernan*, *J. G.* (Chicago), Kleptomania and pyromania. The alienist and neurologist vol. 33, no. 2, p. 147; no. 4, p. 373.
27. *Kiernan*, *J. G.* (Chicago), Perjury by the insane. The alienist and neurologist vol. 33, no. 2, p. 174.
28. *Kleemann*, *E.* (Leipzig), Verbrecherfamilien. H. Groß' Archiv Bd. 48, H. 1 u. 2, S. 74.
29. *Kurella*, *H.*, Anthropologie und Strafrecht. 91 S. 2 M. Würzburg, Curt Kabitzsch. (S. 17*.)



30. *Kusnetzoff*, *V.*, Anonymes Briefschreiben. 56 S. 1,60 M. München, R. Müller u. Steinicke. (S. 18*.)

31. *Legras*, *Juquelier* et *Sengis*, Débilité mentale et désir obsédant de visiter l'Algérie. Départ précipité à l'occasion d'un vol compliqué d'abus de confiance. Expertise; non-lieu; internement. Bull. de la soc. cln. de méd. ment. 5. an., no. 4, p. 38.

32. *Mac Donald*, *A.* (Washington), Studie über Verbrechen Jugendlicher (übersetzt Dr. O. Beran, Graz). H. Groß' Archiv Bd. 46, S. 339.

33. *Mac Donald*, *A.* (Washington), Statistics of physical measurements and anomalies of criminals. The alienist and neurologist 1912, vol. 33, no. 1, p. 31.

34. *Maier*, *Hans W.* (Burghölzli), Die Ausbildung der Polizei in psychiatrisch-psychologischer Richtung. Schweiz. Ztschr. f. Strafrecht Jahrg. 25, H. 1, 1912. (S. 19*.)

35. *Mairet*, *A.* (Montpellier), Le vagabondage constitutionnel ou des dégénérés. Ann. méd.-psychol. 1912, 70e année, no. 1, p. 10.

36. *Major*, *G.* (Zirndorf), Zur Psychologie jugendlicher Krimineller. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, Ergänzungsheft S. 38.

37. *Marx*, *H.* (Berlin), Reiseeindrücke eines Gefängnisarztes in den Vereinigten Staaten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. April, Bd. 43, H. 2, S. 395.

38. *Mönkemöller*, *O.* (Hildesheim), Zur Psychopathologie des Brandstifters. H. Groß' Archiv Bd. 48, H. 3 u. 4, S. 193. (S. 17*.)

39. *Mosse*, *M.*, und *Tugendreich*, *G.*, Krankheit und soziale Lage. II. Lieferung 495 S. 6 M. München, J. F. Lehmann.

40. *Mothes* (Leipzig), Ein Notzüchter. H. Groß' Archiv Bd. 48, H. 3 u. 4, S. 352.

41. *Müller*, *Franz C.* (München), Sexuelle Verbrechen und Verwirrungen. 33 S. 1 M. München, Verlag Hans Sachs. (S. 20*.)

42. *Müller-Schürich*, *E. H.* (Zürich), Vom Wandertrieb. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V, H. 6, S. 494.

43. *Näcke*, Kriminologische und sexologische Studien. H. Groß' Archiv Bd. 47, H. 3, S. 237. (S. 19*.)

44. *Näcke*, *P.*, Einteilung der (habituell) Antisozialen und der mehr

oder minder moralisch Defekten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 4—5, S. 387. (S. 19*.)

45. *Oehmig, O.*, Beitrag zur Lehre vom Transvestitismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XV, H. 1 u. 2, S. 190. (S. 21*.)

46. *Parant, V.* (Toulouse), Divorce et aliénation mentale. Les maladies mentales dues au mariage. Le pronostic de l'incurabilité. Ann. méd.-psychol. 70e année, no. 1, Juli p. 46.

47. *Pfeiffer, H.* (Graz), Über den Selbstmord. Eine pathologisch-anatomische und gerichtlich-medizinische Studie. 195 S. 7 Taf. 6,50 M. Jena, G. Fischer.

48. *Plaut, F.* (München), Zur forensischen Beurteilung der kongenital Luetischen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. XI, H. 5, S. 639.

49. *Praetorius, N.*, A propos d'homosexualité en Allemagne. Arch. d'anthrop. crim. p. 114.

50. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Über Schwangerschaftspsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Indikation zum künstlichen Abort. Med. Klinik 1912, Nr. 36, S. 1456.

51. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Zur psychischen Beurteilung sexueller Delikte. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1912, Bd. 49, H. 1, S. 25.

52. *Rainsford, F.*, Some cases of „Medico-Legal" Interest. Journ. of mental science 1912, vol. 58, no. 240, p. 476.

53. *Régis, E.*, Simulation de la folie et syndrome de Ganser. L'encéphale no. 8, p. 97.

54. *Ritti, A.*, Réhabilitation, après sa mort, d'un paralytique général condamné pour vol. Ann. méd.-psychol., février, no. 2, p. 196.

55. *Ritti, A.*, Divorce et aliénation. Ann. méd.-psychol., janvier, no. 1, p. 65.

56. *Rosenfeld, E. H.* (Münster), Die Frage des Zusammenhangs zwischen Rasse und Verbrechen. Deutsche med. Wschr. Nr. 3, S. 124.

57. *Rothschild, F.* (Frankfurt a. M.), Bekämpfung beginnender Verwahrlosung. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 5, S. 283.

58. *Rougé, C.* (Limoux), Notes de médecine légale. Les processifs. Ann. méd.-psychol. no. 6, juin, p. 667.

59. *Rupprecht, Karl* (München), Zur Psychologie jugendlicher Verhafteter. Münch. med. Wschr. Nr. 41, S. 2227. (S. 19*.)

60. *Schefold* und *Werner*, Der Aberglaube im Rechtsleben. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. VIII, H. 8. (S. 18*.)

61. *Scheidemantel, Eduard*, Die juvenile Paralyse. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. H. 2 u. 3. (S. 21*.)

62. *Schuppius*, Ein Beitrag zur Vagabundenfrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 10, S. 420. (S. 19*.)

63. *Seige, Max* (Dresden), Neuere forensisch-psychiatrische und kriminalpsychologische Arbeiten (Sammelreferat). Med. Klinik Nr. 19, S. 789.

64. *Seige, M.* (Partenkirchen), Das Landstreichertum. Seine Ursachen und seine Bekämpfung. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik. Groß' Archiv Bd. 50, S. 97.

65. *Senf, R.*, Geschlechtstrieb und Verbrechen. H. Groß' Archiv Bd. 48, H. 1 u. 2, S. 1. (S. 20*.)

66. *Senf, M. R.*, Das Verbrechen als strafrechtlich-psychologisches Problem. 181 S. 4,50 M. Hannover, Hellwing. (S, 21*.)

67. *Siefert, Ernst* (Halle a. S.), Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge. 262 S. 6 M. Halle a. S. 1912, Carl Marhold. (S. 20*.)

68. *Stern* (Kiel), Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 764.

69. *Stern, Felix* (Kiel), Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1912, Jahrg. 18, Nr. 14, S. 281.

70. *v. Sury, Kurt* (Basel), Die Berechtigung der sozialen Indikationen zur Sterilisation und ihre forensische Bedeutung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 1912, Bd. 48, II. Supplementheft.

71. *Vallon, Ch.*, et *Genil-Perrin, G.* (Paris), La psychiatrie médicolégale dans l'oeuvre de Zacchias (1584—1659). Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale, Février, no. 2, tome 16, 16 année, 8[e] série, p. 46.

72. *Vigouroux, A.*, et *Prince*, Un délirant persécuté à réactions dangereuses. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5 an., no. 1, p. 9.



73. *Work, Hubert* (Pueblo), The sociologic aspect of insanity and allied defects. The americ. journ. of insan. vol. 69, no. 1.

74. *v. Wyss, W.* (Ellen), Verbrechen vor oder im Beginn der Dementia praecox als Inhalt der Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 3, S. 245. (S. 20*.)

75. *Zaitzeff, Leo* (Kiew), Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit bei Massenverbrechen. 64 S. 1,50 M. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 8, H. 6. Halle a. S. 1912, Carl Marhold. (S. 18*.)

Der von *Aschaffenburg* und *Partenheimer* (1) erstattete Bericht über den VII. Internationalen Kongreß für Kriminalanthropologie bildet einen stattlichen Band von über 500 Seiten. Sein reicher Inhalt ist ein erfreuliches Dokument für das Interesse, welches diese Wissenschaft in allen beteiligten Kreisen findet.

Kurella (29) stellt in einem Vortrage Lombroso und sein Werk und seine Beziehungen zur Anthropologie und zum Strafrecht in Form eines kurzen Lebenslaufes dar. In einem zweiten Vortrage gibt er einen kurzen, inhaltreichen Bericht über den Kölner Kriminalanthropologenkongreß.

Eins der originellsten Bücher über die Psychologie des Verbrechers, dem man sofort anmerkt, daß der Verfasser den Verbrecher wirklich in allen Lebenslagen studiert hat, ist das im Verlage von *Springer* erschienene Buch von *Kauffmann* (24). Die Gründlichkeit, mit der *Kauffmann* das ganze Gebiet beherrscht und die außerordentlich gewandte und lebendige Art der Darstellung machen das Studium des Buches zu einem Genuß. Hoffentlich finden auch die vielfachen Anregungen zur Regelung des Strafvollzuges und zur Bekämpfung des Verbrechens Berücksichtigung. Jedenfalls kann man das Buch allen, die mit Verbrechen und Verbrechern zu tun haben, zur Lektüre empfehlen, sie werden die darauf verwandte Zeit nicht beklagen.

Kalmus (23) bespricht die kriminalistischen Aufgaben des Arztes nach dem gegenwärtigen und zukünftigen Recht und fordert die Ärzte auf, sich mehr als bisher mit der gerichtlichen Seite ihrer Kunst zu befassen. Die forensische Medizin bildet heute ein Kapitel für sich, das besonders studiert sein will.

Mönkemöller (38) befaßt sich in einer umfangreichen Arbeit mit der Psychopathologie des Brandstifters. Unter den geisteskranken Brandstiftern spielten die mit geistigen Schwächezuständen Behafteten die erste Rolle. Namentlich der angeborene Schwachsinn bildet die krankhafte geistige Grundlage, auf welcher der Entschluß zum Feueranlegen emporschießt. Die nächste größere Gruppe der Brandstifter stellen die Epileptiker, dann folgen Hysterische, Alkoholisten, Melancholiker und Jugendirrsinnige mit ungefähr gleichen Zahlen. Einige Brandstifter finden sich schließlich bei jeder Form der geistigen Erkrankung. Das Hauptmotiv war Rache. Das weibliche Geschlecht legt besonders zur Zeit der Pubertät gern Feuer an.

Es ist nicht zu leugnen, daß die bloße Anwesenheit anderer Menschen genügt, eine tiefe Veränderung in der Psyche des Individuums hervorzubringen. Man



denke nur an das Auftreten in einer Versammlung. Noch ausgesprochener wird nach *Zaitzeff* (75) diese Veränderung des einzelnen, wenn er zu Massen sich zusammenschließt, mit der Tendenz zu verbrecherischen Handlungen. Bei solchen Massenverbrechern kann es oft ganz außerordentlich schwer werden, die Verantwortlichkeit des einzelnen zu bestimmen, zumal es über seine psychologische Beeinflussung durch die Massen nur wenige und unsichere Hypothesen gibt. Die Psychologie der Menge ähnelt ganz außerordentlich dem Verhalten Hypnotisierter, und man müßte sie als im Widerstand gegen ihre strafbaren Triebe geschwächt ansehen. Aus praktischen Gründen müßte, um diesen Widerstand zu stärken, eine Erhöhung der Strafe eintreten.

Aus der Guddenschen Klinik stammt eine Arbeit von *Kusnetzoff* (30) über das anonyme Briefschreiben. Aus dieser geht hervor, daß sich das männliche Geschlecht vorwiegend an anonymen Bedrohungen und Schimpfereien beteiligt, hauptsächlich im früheren Alter. Hierbei möglicherweise mitspielende krankhafte Geisteszustände sind die Entartung in Form von Psychopathien, Idiotie, Imbezillität und vielleicht epileptische Verkümmerung der Psyche. Wenn ein erwachsener Mann anonyme falsche Anzeigen erstattet oder durch Verleumdungen und Intriguen das Leben der Umgebung zu stören sucht, so kann hier ein Zustand von psychischer Entartung, Hysterie und eine Alterspsychose in Betracht kommen. Die Personen, welche Schwindeleien mittels anonymen Briefschreibens anstiften, Erpresserbriefe, Brandbriefe schreiben, fallen meistens unter die Gruppe der Verbrechercharaktere. Beim Weibe prävalieren als Formen des anonymen Briefschreibens falsche Anschuldigungen, Verleumdungen, Schmähbriefe und verlästernde Liebesbriefe. Zustände verminderter oder aufgehobener Zurechnungsfähigkeit können hier durch die Menstruation (besonders zur Zeit der Pubertät) vielleicht auch durch Schwangerschaft und körperliche Erkrankungen, dann durch Klimakterium und Altersveränderungen, dann durch Idiotie, Imbezillität und überhaupt durch die häufige intellektuelle Schwäche des Weibes bedingt sein. Als Grundstein in diesem Bau sind die durch psychische Entartung und Hysterie bedingten Charakteranomalien und Geistesstörungen zu verzeichnen.

Schefold (60) und *Werner* (60) erörtern den Einfluß des Aberglaubens im Rechtsleben. Neben den geschichtlichen Ausführungen interessieren besonders die Fälle, aus denen hervorgeht, daß der Aberglaube auch heutigen Tages noch eine große Rolle unter den Motiven zum Verbrechen spielt. Eine besondere Berücksichtigung im Strafrecht, etwa durch Einfügung einer Milderungsklausel für solche Strafhandlungen, die aus Aberglauben begangen werden, ist nach *Sch.* nicht gerechtfertigt. *Werner* schildert eingehend die psychischen Krankheitsformen, welche zu abergläubischen Vorstellungen Anlaß geben. Er kommt bei der forensischen Bewertung des Aberglaubens zu der Ansicht, daß Aberglaube allein, bei sonst intakter Psyche nicht als krankhafte Störung der Geistestätigkeit im medizinischen Sinne aufgefaßt werden darf.

Eggenberger (12) will die geistig Minderwertigen von dem Eindringen in die Arbeiter- und Volksmassen abhalten, zumal er Bedenken trägt, die Gefahren der Vererbung operativ zu beseitigen. Er will sie in einer Arbeiter-Lehrkolonie aus-



bilden und nach beendigter Lehrzeit in die eng an die Lehrkolonie angeschlossene Arbeiterkolonie unterbringen. Wie er sich diese Kolonien, in denen es natürlich vor allem auf landwirtschaftliche Arbeiten ankommt, eingerichtet und betrieben denkt, führt er des genaueren aus. (*E. Schultze*-Göttingen.)

„Zur bequemen Übersicht und um dem Systematisierungstriebe zu genügen" teilt *Naecke* (44) die habituell Antisozialen, einschließlich der moralisch Defekten ein in 1. moralisch Tote, 2. moralisch Verkümmerte und 3. in moralisch Vollwertige. Zum Schlusse seiner Ausführungen weist er darauf hin, daß der Arzt die Grenzen des Normalen möglichst weit ziehen und nicht jeden für verrückt erklären soll. Er soll sich namentlich in foro nicht auf den rein ärztlichen, sondern mehr auf den sozialen Standpunkt stellen und bei Abgabe seines Gutachtens in erster Linie die Allgemeinheit, in zweiter Linie das Individuum berücksichtigen.

H. W. Maier (34) begrüßt mit Freuden die Fortschritte, welche das Interesse und das Verständnis für die Psychiatrie bei der modernen Strafgesetzgebung und bei den Richtern gemacht hat. Er betont aber auch, daß es nicht genügt, das Interesse der höheren Justizbeamten allein zu wecken, sondern man müßte auch den niederen Organen der Justiz, den Polizeibeamten, einige psychiatrische Kenntnisse beibringen. Solche Kurse werden z. B. schon jetzt in München durch *Kraepelin* abgehalten. Es genügen dazu 4 Doppelstunden, von denen $^1/_3$ theoretischen Auseinandersetzungen, $^2/_3$ praktischen Demonstrationen gewidmet werden. In der ersten und zweiten Stunde mußten die wichtigsten Krankheitsformen erläutert und demonstriert werden, in der dritten die Maßnahmen zum Schutze und zur Beaufsichtigung der Geisteskranken, in der vierten die Gefahren, die der Gesellschaft von den Geisteskranken drohen, und ihre Abwendung klargelegt werden.

Eine genaue Kenntnis der Persönlichkeit des Täters ist für den Jugendrichter wichtiger als die Feststellung des Sachtatbestandes. Sie allein ermöglicht ihm, für den entgleisten Jugendlichen die richtigen Fürsorge- und Erziehungsmaßnahmen zu treffen. *Rupprecht* (59) läßt deshalb von jedem eingelieferten Jugendlichen unter 17 Jahren am 2. Tage der Untersuchungshaft einen Lebenslauf nach vorgeschriebenem Formular ausfüllen. In diesem wurde die Straftat fast immer unumwunden zugegeben und Besserung gelobt, alle ließen eine tiefgehende Erschütterung des Seelenlebens — im Gegensatz zu den erwachsenen Verbrechern — erkennen.

Von den 45 Vagabunden, die *Schuppius* (62) untersuchte, litten 26 an Dementia praecox, 4 an Epilepsie, 4 an seniler Demenz, 3 an Idiotie, 2 an degenerativem Irresein, 2 an Delirium potatorum, 1 an Paralyse, und in 3 Fällen konnte keine Diagnose gestellt werden. Zahlreiche Krankengeschichten illustrieren die Beziehungen zwischen Psychose und unsozialer Lebensführung. Diese geisteskranken Vagabunden waren in allen Fällen die unbequemsten Inquilinen der Korrigendenanstalten gewesen und begingen zahllose Verstöße gegen die Disziplin, bis ihre Krankheit erkannt wurde. *Schuppius* erscheint es deshalb wünschenswert, daß die Ärzte der Korrigendenanstalten psychiatrische Vorbildung bekommen, daß genaue amtliche Erhebungen über das Vorleben angestellt werden, und daß jeder geisteskranke Vagabund einer Irrenanstalt überwiesen wird. Die der Anstalts-



pflege nicht mehr bedürftigen Vagabunden müssen in Landarmen- oder ähnlichen Häusern untergebracht, dürfen aber nicht einfach in Freiheit gelassen werden.

v. Wyss (74) veröffentlicht drei ausführliche Krankengeschichten von Verbrechern, die alle an Dementia praecox litten. Bei dem einen Falle war das Verbrechen direkt motiviert durch die Wahnideen, bei den beiden anderen war es gewissermaßen das erste Symptom der Psychose, und die Wahnbildung begann sich erst zu kristallisieren um das psychische Trauma des Verbrechens und der Strafe. Diese gefühlsbetonten Erlebnisse im Sinne *Bleulers* wandelten die ganze Person des Täters um.

Zwei gründliche Studien über die jugendliche Verwahrlosung und Kriminalität und ihre Beziehungen zur Psychiatrie verdanken wir *Siefert* (67) und *Gruhle* (18). Beide beruhen auf Untersuchungen von Fürsorgezöglingen. *Siefert* hat sein Material an den in Anstalten befindlichen Zöglingen der Provinz Sachsen gewonnen, *Gruhle* 105 Knaben der Zwangserziehungsanstalt Flehingen in Baden kriminalanthropologisch und -psychologisch untersucht. Seine Untersuchungsergebnisse, die sich auch auf die Aszendenz, das Milieu und die Katamnese erstrecken, gibt er in einem starken Bande von fast 500 Seiten mit vielen Tabellen und Übersichten wieder. Auch die Literatur ist eingehend im Text berücksichtigt und in einem reichhaltigen Verzeichnis zusammengestellt. *Siefert* beschränkt sich auf eine kürzere, aber recht gehaltvolle Wiedergabe seiner Resultate.

Auch *Homburger* (21) berichtet uns über die Lebensschicksale von Strafgefangenen. Er hat 105 von 129 kriminellen Lebensläufen katamnestisch rekonstruiert und die Masse der dabei gefundenen Tatsachen nicht nur nach rein psychiatrischen Gesichtspunkten, sondern auch unter dem Gesichtspunkt kultureller Bewertung geordnet. Die sehr eingehende Darstellung der dabei gefundenen psychiatrischen Störungen gibt hochinteressante Einblicke in den engen Zusammenhang zwischen Kriminalität und Geisteskrankheit.

Bleuler (6) veröffentlicht eine Reihe von Charakterschilderungen von Leuten mit abnormem psychischem Verhalten, das auf latente Schizophrenie zurückzuführen war. Sie erläutern so recht die Schwierigkeiten, welche diese Grenzzustände dem Psychiater und Richter in strafrechtlicher und fast noch mehr in zivilrechtlicher Hinsicht bereiten. Er ist auch der Ansicht, daß der Psychiater in solchen Fällen aus sozialen Gründen mehr für das Zuchthaus als für die Irrenanstalt plädieren soll.

F. C. Müllers (41) kleine Studie über die sexuellen Verbrechen und Verirrungen, geschildert in Rücksicht auf die moderne Gesetzgebung, sei hier besonders wegen ihrer treffenden Kürze und Anschaulichkeit des Stils hervorgehoben. Sie ist jedem Laien, der sich über dieses Thema informieren will, zu empfehlen.

Senf (65) untersucht die psychologischen Beziehungen zwischen Geschlechtstrieb und Verbrechen. Das Verbrechen kann nach seinen Erfahrungen eine Art der sexuellen Entspannung, ein Mittel zur Herbeiführung der Entspannung oder eine Voraussetzung der Entspannung in der Wahl zum Objekte sein. In einer zweiten Schrift behandelt er das Verbrechen als strafrechtlich-psychologisches



Problem (66). Sie ist hauptsächlich für Juristen geschrieben und klingt aus in den Satz, daß nur ein guter Psychologe ein guter Strafrichter sein kann.

Seinem Buche über den erotischen Verkleidungstrieb läßt *Magnus Hirschfeld* (19, 20) einen illustrierten Band folgen. Er bringt in einem ethnographisch-historischen Teile, der von *Max Tilke* bearbeitet ist, bildliche Darstellungen von Bekleidungs- und Schmuckgegenständen aus allen Zeiten und von verschiedenen Völkerstämmen, welche gebraucht sind, dem Transvestitismus zu genügen. Der zweite Teil bringt Abbildungen aus der Kasuistik *Magnus Hirschfelds* und anderer.

Oehmig (45) lernte in der Dresdner Heilanstalt einen männlichen Transvestiten kennen, bei dem sich dieser Hang erst 2—3 Jahre nach der Eheschließung entwickelt hat. Bis dahin hatte der Mann keine derartigen Verkehrtheiten getrieben.

Naecke (43) führt uns in seinen kriminologischen und sexologischen Studien durch die Berliner Stammlokale der Transvestiten und Homosexuellen und macht Mitteilungen über die Privatrache beim Ehebruch aus geschichtlichen Quellen. Als besonders merkwürdig erwähnt er die Rhaphanidosis, das Eintreiben eines Rettichs in den anus als Strafe für den Ehebruch bei Griechen und Römern.

Scheidemantel (61) gibt vor allem eine Schilderung der Symptomatologie der juvenilen Paralyse und begründet ihre Diagnose. (*E. Schultze*-Göttingen.)

IV. Zivilrechtliche Psychiatrie. Psychologie der Aussage.

1. *Cramer, A.*, Gutachten, erstattet auf Ersuchen des Rats bei der Behörde der öffentlichen Jugendfürsorge Edgar Crasemann in Hamburg über die volljährigen geistig Minderwertigen und ihre Behandlung. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 4, S. 239.
2. Entmündigung, Der österreichische Gesetzentwurf über die Entmündigung und die Befangenheit der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wsch. Jahrg. 13, S. 407.
3. *Freymuth, A.* (Hannover), Die Haftung des Ehemannes für die Handlungen seiner geisteskranken Frau. Heilanstalt Nr. 15, S. 229.
4. *Gudden, Hans*, Einige Gutachten über bestrittene Vertragsfähigkeit bzw. Testierfähigkeit. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. H. 3. (S. 24*.)
5. *Haldy*, Zur Psychologie der Anzeige. H. Groß' Archiv Bd. 47, H. 3 u. 4, S. 340. (S. 24*.)



6. *Homberger*, *A.* (Heidelberg), Über die Entmündigung bei krankhafter Haltlosigkeit und verwandten Formen der Psychopathie. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. II. Suppl. S. 371.

7. *Leers*, *O.* (Gleiwitz), Zur forensischen Bedeutung der senilen Involution. Arch. internat. d. médecine légale, vol. II, fasc. III, p. 145. (S. 24*.)

8. *Marx*, *H.*, Falsche Selbstbezichtigung und Massensuggestion. Mtschr. f. Kriminalanthrop. u. Strafrechtsref. Bd. IX, H. 9, S. 540. (S. 25*.)

9. *Marx*, *H.* (Berlin), Zurechnungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit. Ein Beitrag zur Frage des Dualismus in der forensischen Psychiatrie. Berl. Wschr. Nr. 13, S. 585. (S. 24*).

10. *Mehl*, Beitrag zur Psychologie der Kinderaussage. H. Groß' Archiv Bd. 49, H. 3 u. 4, S. 193. (S. 25*).

11. *Rümelin*, *M.* (Tübingen), Die Geisteskranken im Rechtsgeschäftsverkehr. 65 S. 2 M. Tübingen, Mohr. (S. 23*).

12. *Schmid-Guison*, Gutachten über die Zeugnisfähigkeit einer 59-jährigen Frau nach Hirnblutungen. Mtschr. f. Kriminalanthrop. u. Strafrechtsref. Bd. IX, H. 7, S. 393. (S. 24*.)

13. *Schott*, (Stetten i. R.), Beitrag zur Frage der Fähigkeit, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 860.

14. *Schweighofer*, *J.* (Salzburg), Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. 13, Nr. 41, S. 407.

15. *Schweighofer*, *J.* (Salzburg), Die Vorlage des österreichischen Entmündigungsgesetzentwurfes. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. 13, Nr. 8, S. 83.

16. Urteil des Königl.-preußischen Kammergerichts, betr. § 672, Abs. 3, ZPO. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. 14, Nr. 2, S. 13.

17. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Geistesschwäche im Sinne der Reichsgewerbeordnung. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 14, 1912, Nr. 24, S. 274.

18. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Die Praxis bei der Durchführung der



Pflegschaft nach dem BGB. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 5, S. 258. (S. 23*.)

19. *Weygandt, W.* (Friedrichsberg-Hamburg), Berufsvormundschaft über die volljährigen geistig Minderwertigen. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 11/12, S. 694. (S. 23*.)

20. *Wickel* (Dziekanka), Was ist unter Verständigung im Sinne des § 1910 BGB. zu verstehen? Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 14, Nr. 12, S. 134.

Als ein ganz vorzüglicher Wegweiser muß *Rümelins* (11) kleines Buch über den Geisteskranken im Rechtsgeschäftsverkehr bezeichnet werden. Auf 65 Oktavseiten bringt er eine erschöpfende und durch zahlreiche Anmerkungen und Hinweise unter dem Strich erläuterte Darstellung des Themas: Welches ist die Stellung der Geisteskranken (d. h. aller mit geistigen Gebrechen behafteten Personen) im vermögensrechtlichen Geschäftsverkehr. Haftpflicht und Eherecht der Geisteskranken wird dagegen nicht besprochen. Nach kurzer, geschichtlicher Einleitung werden die Bestimmungen des BGB. über Entmündigung, Pflegschaft, Geschäftsunfähigkeit erläutert und ihre Handhabung kritisiert. Besonders empfehlenswert ist das Büchlein auch deshalb, weil es das so wichtige, für den Arzt ja leider etwas trockene Thema in einem Stile behandelt, der die Lektüre auch für den Nichtjuristen zu einem Genuß macht.

Das BGB. hat zwar eine verstärkte Fürsorge angebahnt für die breite Mittelschicht der geistig Minderwertigen, aber die Ausführung der Bestimmungen ist nach *Weygandt* (19) noch keineswegs soweit entwickelt, daß alle Kollisionen und Schädigungen dieser Menschenklasse und ihrer Umgebung wirksam vermieden würden. Sie sollte deshalb in die Hände von Berufsvormündern gelegt werden. Diese haben sich bei den Jugendlichen so bewährt, daß man hoffen darf, der höhere Grad von Sachkunde, den der Berufsvormund sich allmählich erwirbt, werde den geistig Minderwertigen ebenso zugute kommen, wie er den normalen Jugendlichen schon genützt hat. Freilich muß jemand, der sich diesem Berufe widmen will, mancherlei Eigenschaften besitzen. Er muß neben rechtlichen Kenntnissen auch über die Fähigkeit verfügen, sich in psychisch abnorme Verhältnisse hineinzudenken und mit einer gewissen Portion Lebensgewandtheit ausgestattet sein. Zu den Grenzzuständen, die für die Berufsvormundschaft in Frage kommen, gehören die durch chronischen Giftgebrauch (Alkohol, Morphium) degenerierten, gebessert entlassenen Geisteskranken, Epileptiker mit leichten geistigen Defekten, schwer Hysterische, Schwachsinnige, die sexuell Abnormen und Gemeingefährlichen. Alles was für die Leute getan wird, kostet freilich Geld, aber der jetzige Zustand ist doch so unbefriedigend, daß Kosten nicht gescheut werden dürfen.

Sehr bemerkenswerte Ausführungen über die praktische Handhabung der Pflegschaft bei Geisteskranken macht *L. W. Weber* (18). Auf diese für den Anstaltsarzt besonders wichtigen Mitteilungen sei auch an dieser Stelle hingewiesen.

Über drei Fälle von bestrittener Geschäftsfähigkeit berichtet *Gudden* (4). Im ersten Falle handelte es sich um eine senile Demenz; im fraglichen Zeitpunkte war die freie Willensbestimmung nicht vollkommen im Sinne des § 104 BGB. aufgehoben. Auch im zweiten Falle lag eine senile Demenz vor, ohne daß es sich nachweisen ließ, daß zur Zeit der Testamentserrichtung die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Im dritten Falle wurde eine Depression angenommen, die den Erkrankten unfähig machte, die Tragweite seiner Handlungen zu überschauen. (*E. Schultze*-Göttingen.)

Marx (8) erläutert an dem Falle der Frau v. Schönebeck, wie es möglich sei, daß eine Person, die für zurechnungsfähig im Sinne des § 51 StGB. erklärt ist, doch nicht imstande ist, ihre Angelegenheiten zu besorgen. Bei der Zurechnungsfähigkeit handelt es sich eben um die Frage, war die Person in dem Augenblick, als sie den Entschluß zur Tat faßte, geistig so weit gesund, daß krankhafte Motive dabei keine Rolle spielten. Dabei kommt nur ein verhältnismäßig kurzer Zeitabschnitt in Betracht. Handelt es sich dagegen um die Frage, ob die seelischen Qualitäten einer Person ausreichend sind, um dauernd die Führung eines im bürgerlichen Sinne geordneten Lebens zu garantieren, so muß der Gutachter dabei einen unbegrenzten, jedenfalls langen Zeitraum ins Auge fassen und seine Ansprüche höher stellen. Er kann also bei derselben Person zu verschiedenen Urteilen in bezug auf Geschäfts- und Zurechnungsfähigkeit kommen.

Leers (7) beschreibt zusammenfassend die körperlichen und geistigen Veränderungen der senilen Involution. Er hält auf Grund seiner wissenschaftlichen Ausführungen und mehrerer Fälle aus seiner forensischen Praxis die Einführung besonderer rechtlicher Bestimmungen über die Geschäftsfähigkeit und strafrechtliche Verantwortlichkeit von Leuten, welche in der senilen Involution stehen, für angezeigt.

Ein interessantes Gutachten über die Zeugnisfähigkeit eines Senil-Dementen teilt *Schmid-Guison* (12) mit. Ein Bauernehepaar war überfallen und schwer verletzt. Auf die Aussage der verletzten Ehefrau waren zwei Knechte in Haft genommen und des Raubmordes angeklagt. *Schmid* konnte aber nachweisen, daß die Zeugnisaussage der Frau wertlos sei, weil bei ihr neben Zeichen grober Herderkrankung des Gehirns (Hemiparese, Hemianopsie) auch Konfabulation, Gedächtnisschwäche und krankhafte Suggestibilität vorhanden waren. Die psychischen Veränderungen legten den Verdacht nahe, daß ihre Aussage durch Suggestivfragen ihrer Umgebung zustande gekommen waren, ein Verdacht, der sich als begründet erwies.

Auch gebildete Leute machen gelegentlich falsche Strafanzeigen mit so genauen Details, daß es schwer ist, die tatsächlichen Vorgänge festzustellen. *Haldy* (5) teilt die Angaben eines Pfarrers mit, der genau gesehen haben wollte, daß zwei Leute auf der seinem Sitz gegenüberliegenden Bank eines Eisenbahnabteils päderastierten, ohne daß irgend etwas vorgegangen war, was auch nur den Verdacht darauf gerechtfertigt hätte. Aus der Tatsache, daß der eine sein Portemonnaie zog, schloß der Pfarrer auf Bezahlung für geleistete Dienste. In Wirklichkeit hatte jeder der beiden verdächtigen Mitfahrenden seine Monatskarte dem Portemonnaie

entnommen. Der ganze Vorgang bleibt bei einem Geistlichen psychologisch schwer verständlich.

Einen interessanten Beitrag zum Kapitel Selbstbezichtigung, Zeugnisfähigkeit, Massensuggestion liefert *Marx* (9). Eine Frau war in Gegenwart vieler Leute ins Wasser gesprungen, aber gerettet. Vorher hatte sie jemand erzählt, sie wollte mit ihrem Kinde ins Wasser gehen. Sofort verbreitete sich das Gerücht, das Kind sei ertrunken. und von allen Zeugen des Vorfalles war ein Kind gesehen, ja, es wurde genau beschrieben. Die Sache kam in die Zeitung und erregte berechtigtes Aufsehen. Die Angelegenheit wurde noch komplizierter dadurch, daß die Frau geisteskrank war, wie sich hinterher herausstellte, und zugab, sie wäre mit ihrer Tochter hineingesprungen. Als sich herausstellte, daß die Tochter lebte, gab sie an, ein anderes Kind mit ins Wasser genommen zu haben, und nun machte diese Mär die Runde. Es bedurfte langer und mühevoller Nachforschungen, bis schließlich festgestellt wurde, daß die Kranke weder ihr eigenes noch ein fremdes Kind ertränkt hatte, sondern vielmehr allein ins Wasser gesprungen war. Alles übrige beruhte auf ihrer Erfindung und einer geradezu unbegreiflichen Massensuggestion.

Mehl (10) veröffentlicht die Aussage eines halbwüchsigen Mädchens, das angab, es wäre von einem alten Manne in ein Zimmer eingeschlossen, und dann hätte der Mann versucht, den Beischlaf mit ihm zu vollziehen. Dies wäre ihm aber nicht gelungen. Das Mädchen wollte dann das Zimmer mit einem Schlüssel geöffnet haben, der so rostig war, daß seine Hand ganz rot geworden wäre. An dieser mit allen Details gemachten Aussage, die das Mädchen vor Gericht und bei einem Lokaltermin aufrecht erhielt, war zunächst unwahr, daß der Mann das Zimmer verschlossen hatte, der Schlüssel fehlte seit vielen Jahren. Auch das Mädchen konnte ihn nicht, wie es angab, gefunden und gebraucht haben, denn das Schloß war, wie eine Untersuchung durch Sachverständige ergab, seit Jahren nicht mehr geschlossen. Daraufhin wurde das Verfahren gegen den bis dahin unbescholtenen Angeklagten eingestellt. Bemerkenswert ist besonders, daß die detaillierte und präzise Aussage von einem schwachsinnigen Mädchen stammte.

V. Irrenrecht. Verwahrungsmaßnahmen. Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.

1. *Adam Frantz* (Charenton), Des internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance aux aliénés. Lyon-Paris. A. Malvine, 138 S.
2. *Aschaffenburg, G.* (Köln a. Rh.), Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. 288 S. 6 M. Berlin 1912. J. Guttentag.
3. *Beyer, Bernh.* (Bayreuth), Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichsirrengesetz. 668 S. 12 M. Halle a. S. Carl Marhold.



4. *Boldt* (Graudenz), Schutzmaßregeln gegen geisteskranke und minderwertige Verbrecher. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69 H. 5, S. 791.
5. *Fischer*, *M.* (Wiesloch), Über die Zulassung von Rechtsanwälten, zu Besuchen bei Pfleglingen der Heil- und Pflegeanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 14, Nr. 4, S. 43.
6. *Hartmann* (Hamburg), Rechtsschutz der Irren. Deutsche Juristenzeitung 1912.
7. *v. Hentig*, *H.* (München), Sichernde Maßnahmen vor dem Verbrechen. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. Jahrg. 9, H. 5, S. 277.
8. *von Hessert* (Darmstadt), Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen Geisteskranken. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 1912, Jahrg. 9, H. 2, p. 65. (S. 28*.)
9. *Juliusburger*, *O.* (Steglitz-Berlin), Ein Gesetz über die Irrenpflege. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 33, S. 1556.
10. *Mönkemöller*, Psychiatrisch-neurologische Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge. Ztschr. f. d. Er. u. Beh. des jugendl. Schwachsinns Bd. VI. (S. 28*.)
11. *Mönkemöller* (Hildesheim), Befreiung von Kranken aus Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 2, S. 153.
12. *Müller* (Chemnitz-Altendorf), Wohin mit den psychopathischen Fürsorgezöglingen zur Beobachtung und Behandlung. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger Nr. 6. (S. 28*.)
13. *Oppermann*, Irrenanstalten und Strafrecht. Mtschr. f. Kriminalanthrop. u. Strafrechtsref. Bd. IX, H. 4, S. 211. (S. 28*.)
14. *Rehm*, *O.* (Leipzig-Dösen), Zur Frage des Rechtsschutzes der Psychiater. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 13, Nr. 41, S. 415.
15. *Roffhack*, § 47 der bremischen Medizinalordnung. Mtschr. f. Kriminalanthrop. u. Strafrechtsref. Bd. 14, H. 9, S. 251. (S. 28*.)
16. *Rosenbach*, *P.*, Internierung Geisteskranker wider ihren Willen. Petersb. med. Ztschr. Nr. 16.
17. Ein sächsisches Irrengesetz. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1912, Nr. 9, S. 191.
18. *Saforcada* (Barcelona), Conseguir una legislación modernamente cientifica sobre alienados por logue se refiere à asuntos por



lo que se refiere à asuntos de responsabilidad y capacidad. (Base Iª de la Sociedad de Psiquiatrià y Neurologia.) Barcelona 1912.

19. *Seiffert* (Strausberg), Deutsche Fürsorge-Erziehungsanstalten Bd. I, 725. 30 M.
20. *Schermers, D.* (Zeist), Die neuen niederländischen Gesetzentwürfe für die Psychopathen. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 14, Nr. 16, S. 171.
21. *Schott* (Stetten i. R.), Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Württemberg. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 473.
22. *Schultze, Ernst,* Das Irrenrecht. Handb. d. Psych. (Aschaffenburg), 5. Abt. 11 M. (S. 27*).
23. *Schwalbe, J.* (Berlin-Charlottenburg), Wie schützt man die Gesellschaft vor gemeingefährlichen Gesteskranken? „Tag" vom 7. September 1912.
24. *van der Torren, J.,* Der Entwurf der neuen Psychopathengesetze für die Niederlande. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 1, S. 100.
25. *Weiler* (Westend) und *Werthauer,* Die Rechte der Anstaltsleiter gegenüber internierten Geisteskranken, insbesondere bei eingeleitetem Entmündigungsverfahren. Allge. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 387.
26. *Weyert* (Posen), Untersuchungen an ehemaligen Fürsorgezöglingen im Festungsgefängnis. Mit 7 Textfiguren. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 2, S. 180.
27. *Wilhelm* (Straßburg), Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtspflege. Beitr. z. forens. Medizin Bd. I, H. 3.

Ernst Schultze (22) hat sich der schwierigen Aufgabe unterzogen, die heute in Deutschland bestehenden rechtlichen Bestimmungen über die Aufnahme und Verwahrung von Geisteskranken zusammenzustellen. Er hat seine Aufgabe, bei der er sich der Vielgestaltigkeit der Materie halber vorwiegend auf Preußen beschränkt hat, in dankenswerter Weise gelöst. Begriff und Aufgaben des Irrenrechtes, die Frage seiner Regelung durch Gesetz oder Verordnungsmaßnahmen, und die Notwendigkeit einer Zentralbehörde für das Irrenwesen und ihre Aufgaben erörtert *Schultze* in der Einleitung. Der Hauptteil seines Irrenrechts enthält die Bestimmungen über die Irrenanstalten, den rechtlichen Schutz der in ihr untergebrachten Kranken, über die kriminellen und freiwilligen Kranken und über

die Beziehungen des Irrenrechts zur Entmündigung. Den Schluß bilden die rechtlichen Verhältnisse der Geisteskranken, die nicht in Anstalten oder in Familienpflege untergebracht sind. *Sch.* plädiert für Einsetzung eines „Fürsorgers" für jeden Kranken, der seine Rechte während des Aufenthalts in der Anstalt zu vertreten hätte. Für den Erlaß eines Irrengesetzes kann er sich rebus sic stantibus nicht erwärmen.

Auf *Oppermanns* (13) Kritik der rechtlichen Grundlagen für die Anstaltsinternierung möge hier wegen des vielfachen Interesses, das diese Frage gerade in neuerer Zeit wieder gewonnen hat, aufmerksam gemacht sein.

Die Aufnahme und Zurückhaltung von Kranken in Anstalten, deren rechtliche Grundlagen vielfach als auf schwankenden Füßen stehend angesehen wird, ist in Bremen durch den § 47 der Medizinalordnung gesetzlich erlaubt und zwar dann, wenn aus dem Verbleiben des Kranken in der Häuslichkeit für ihn oder andere eine Gefahr erwächst. Besteht bei jemand, der kriminelle Handlungen begangen hat, der Verdacht, daß seine Handlungen auf Geisteskrankheit beruhen, so kann seine Aufnahme zur Beobachtung verfügt werden. In beiden Fällen muß ein Kreisarzt die Geisteskrankheit oder den Verdacht darauf amtlich bescheinigt haben. *Roffhack* (15) hält diesen Paragraphen für kurz und gut und in der Praxis völlig ausreichend. Er gewährt auch Schutz gegen unrechtmäßige Freiheitsberaubung, weil die Entscheidung über die Zurückhaltung bei dem Medizinalamte liegt und nicht in den Händen der Anstaltsdirektion.

v. Hessert (8), Oberstaatsanwalt in Darmstadt, konstatiert zunächst, daß die Anstaltsärzte sich bei der Entlassung von gefährlichen, nach § 51 exkulpierten Geisteskranken nur zu häufig von dem gegenwärtigen, gebesserten Gesundheitszustand leiten lassen, während sie die frühere Gefährlichkeit nicht so sehr in Betracht ziehen. Sie denken ihm zu optimistisch über die Zukunft solcher Kranker und entlassen deshalb oft Elemente, die sehr bald zu ihnen zurückkehren, nachdem sie neue Gewalttaten verübt haben. Versuche *v. Hesserts*, durch Entmündigung solcher Kranker Wandel zu schaffen, scheiterten häufig, weil er es verhältnismäßig oft erleben mußte, daß derselbe Arzt, der sich für § 51 ausgesprochen hatte, nicht für die Entmündigung zu haben war. Er verlangt deshalb die Einführung einer Schutzaufsicht für entlassene Minderwertige und Geisteskranke, die außer Verfolgung gesetzt sind, die Möglichkeit der Entmündigung für Leute, welche die Rechtssicherheit anderer gefährden und Beaufsichtigung aller Geisteskranken, die außerhalb der Anstalten leben, durch staatliche Organe.

Mönkemöller (10) ist mit den Erfolgen der Psychiatrie in der Fürsorgeerziehung ganz zufrieden. Die Auslese und Überweisung der Schwachbefähigten in Hilfsschulen hat sich gut bewährt. Die pädagogischen Organe haben durch psychiatrische Kurse gelernt, worauf sie achten müssen, um die Psychopathen und Imbezillen zu erkennen. *M.* bringt recht genau die Resultate seiner Untersuchungen und macht zum Schluß einige Vorschläge zur Reform der Untersuchungsmethoden. Im Anhang befindet sich ein gutes Untersuchungsschema.

Müller (12) ist als praktischer Verwaltungsbeamter zu der gleichen Ansicht gelangt wie die Psychiater. Auch er hält einen großen Teil der Fürsorgezöglinge



für psychopathisch und der psychiatrischen Beobachtung für bedürftig. Nur darf diese Beobachtung nicht in der Irrenanstalt stattfinden, sondern in der Erziehungsanstalt, nur in dieser sind psychologisch geschulte Beobachter (die Lehrer bzw. Geistlichen) vorhanden und nur in ihnen kann der Zögling arbeiten, unterrichtet werden usw. Alle Fürsorgezöglinge sollen deshalb zunächst in Erziehungsanstalten untergebracht werden. Dort können die psychopathischen ausgesondert und in Pflegeanstalten untergebracht werden, damit das Publikum vor ihnen und ihren krankhaften gefährlichen Neigungen bewahrt wird.

VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.

1. *Ascher*, *Bernhard*, Hysterische Kontraktur nach leichtem Unfall. Ausgang in Heilung. Ztschr. f. Vers.-Med. V, H. 8, S. 225. (S. 33*.)
2. *Cramer*, *A.* (Göttingen), Die Begutachtung der nervösen Unfallerkrankungen sowie der nervösen Beamten. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 537. (S. 31*.)
3. *Gruber* (München), Angeblicher „Unfall" als paralytischer Anfall mit tödlichem Ausgang erklärt. Mtschr. f. Unfallheilk. Nr. 11.
4. *Jentsch*, *Ernst*, Die psychogene Rückerinnerung als Ursache wiederholter Depressionszustände. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 17. (S. 32*.)
5. *Laquer*, *L.* (Frankfurt a. M.), Die Heilbarkeit nervöser Unfallfolgen. Dauernde Rente oder einmalige Kapitalabfindung? 127 S. 3,50 M. Halle a. S. Carl Marhold. (S. 32*.)
6. *Levenstein*, *A.* Die Arbeiterfrage (mit besonderer Berücksichtigung der sozialpsychologischen Seite des modernen Großbetriebes und der psycho-physischen Einwirkungen auf die Arbeiter). 406 S. 6 M. München 1912. Ernst Reinhardt.
7. *Maier*, *H. W.* (Zürich), Unfallgutachten über Fälle von Dementia praecox (Schizophrenien). Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1912, Nr. 8. (S. 32*.)
8. *Meyer*, *Max*, Dementia praecox-Unfall. Inaug.-Diss. Bonn 1912. (S. 33*.)
9. *Naegeli*, *Otto*, Über den Einfluß von Rechtsansprüchen bei Neurosen. 27 S. 1,40 M. Leipzig. Veit u. Co., (S. 30*.)
10. *Quensel*, Paralysis agitans und Trauma. Med. Klin. Nr. 18. (S. 33*.)



11. *de Quervain, F.*, Übertreibung oder Aggravation. Schweizer Korresp.-Bl. Nr. 31.
12. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Traumatische Psychosen und Neurosen. Ztschr. f. Vers.-Med. 1912, Jahrg. 5, H. 5, S. 129. (S. 31*.)
13. *Rüdinger, Karl* (Wien), Über Mängel des Unfallgesetzes vom Standpunkte des Nervenarztes nebst Bemerkungen über die Entstehung der sogenannten „Rentenneurose der Arbeiter". Wien. med. Wschr. Nr. 37. (S. 31*.)
14. *Schuster, Paul* (Berlin), Welche Vorsichtsmaßregeln sind bei der Untersuchung des Nervensystems Unfallverletzter zu beobachten. Med. Klinik Nr. 42, S. 1693. (S. 31*.)
15. *Wagner, G.* (Berlin), Epilepsie und Unfall. Ein Fall von Täuschung. Med. Klinik Nr. 48 S. 1967.
16. *Weygandt, W.*, Unfall und Kleinhirnbrückenwinkel-Geschwulst. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXI, H. 4, S. 305. (S. 33*.)
17. *Wilde, A.* (Kiel), Einige allgemeine Gesichtspunkte bei der Beurteilung von Unfallfolgen. Med. Klinik Nr. 30—31.

Naegeli (9) beklagt, daß unsere soziale Gesetzgebung und die Einrichtung privater Fürsorge für die Kranken und wirtschaftlich Schwachen gegenüber den Neurosen völlig versagt hat. Ja, wir müssen sogar die betrübende Tatsache konstatieren, daß unsere soziale Gesetzgebung in dieser Beziehung einen antisozialen Einfluß gehabt hat. Nervöse Krankheiten findet man jetzt bei Versicherten, die einen kleinen Unfall oder irgend eine leichte körperliche Erkrankung gehabt haben, die von nicht Versicherten spielend überwunden werden. In allen Berufsarten nimmt die Zahl der wegen Unfall und Krankheit ausgesetzten Tage von Jahr zu Jahr unaufhaltsam zu. Die Hauptschuld daran tragen die Patienten selbst. Es gebricht ihnen nur zu oft an dem guten Willen gesund zu werden. Auch Übertreibung, und zwar bewußte liegt bei ihnen in mindestens 50% aller Fälle vor. Alle aber beherrscht der Wunsch eine möglichst hohe Rente herauszuschlagen. Dazu kommt noch die Verschiedenheit der ärztlichen Beurteilung solcher Fälle. In ein und demselben Falle kann es vorkommen, daß der eine Arzt sich für 10% vorübergehende, der andere für 80% dauernde Erwerbsbeschränkung ausspricht. Andere erkennen wieder die Natur der nervösen Krankheiten nicht. Diese Kenntnis ist aber unerläßlich für eine richtige Behandlung und Begutachtung, denn die traumatische Neurose ist heilbar, freilich nur dann, wenn sie von vornherein richtig bewertet und nicht mit Dauerrenten behandelt wird. Man soll stets nur vorübergehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit annehmen und sich für Rente auf bestimmte Zeit aussprechen. Das, was wir an Renteneurosen sehen, sind nur



Artefakte, und zwar Artefakte der sozialen Gesetzgebung. Ein Vergleich der deutschen und schweizerischen Unfallgesetzgebung lehrt dies mit Evidenz. Man hüte sich deshalb vor falscher Humanität und gewähre niemals die Rente für volle Erwerbsunfähigkeit.

Die Erfahrungstatsache, daß es eine große Zahl von Nervösen gibt, deren Leiden einer Unfallsnervosität täuschend ähnlich sieht, ohne daß sie einen Unfall erlitten haben, und daß zahlreiche Leute, die von Unfällen betroffen werden, keine Unfallsnervosität bekommen, ist nach *Cramer* (2) damit zu erklären, daß es eine große Zahl von Menschen gibt, welche ihrer Disposition zufolge auf äußere Schädlichkeiten mit nervösen Störungen reagieren. Zu diesen äußeren Schädlichkeiten gehören auch die Unfälle im landläufigen Sinne. Aber auch bei diesen Disponierten pflegen die nervösen Erscheinungen, die sich bei ihnen einstellen, nach längerer oder kürzerer Zeit abzuklingen, wenn sie keinen Rentenanspruch haben, oder wenn sie für ihr Leiden eine einmalige Abfindung erhalten. Ist aber ein Rentenanspruch vorhanden, so werden die bei jedem Menschen schlummernden Begehrungsvorstellungen wach und veranlassen den Verletzten einmal dazu, sein Befinden genau auf etwaige Unfallfolgen zu kontrollieren und zweitens für diese Folgen eine möglichst große Entschädigung herauszuschlagen. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt dabei auch die Pansuggestion unseres Volkes, daß Unfall, Unfallfolgen und Rente drei untrennbare Dinge sind. Der Arzt tut am besten, eine nicht zu hohe Rente zu bewilligen und bald damit herunterzugehen. Behandlung hat nur im Sanatorium Aussicht auf Erfolg, aber keine sichere. Die Behandlung der nervösen Beamten bei ihrer Beurlaubung und Pensionierung ist davon abhängig, ob man eine sichere Diagnose stellen kann oder nicht. Die echte Erschöpfungsneurasthenie ist fast immer in acht Wochen zu heilen, die sog. endogene oder degenerative Nervosität aber nicht und hier muß sehr oft die Pensionierung ausgesprochen werden, auch gegen den Willen des Beamten. Degenerierte querulieren auch gern, hier kann man sich anfangs mit Versetzungen helfen. Treten die Attacken immer wieder auf, so muß man solche Beamte schließlich pensionieren, ebenso wie alle ausgesprochenen Geisteskranken, die den Dienstbetrieb stören. Schwierigkeiten bei der Pensionierung macht die Arteriosklerose des Hirns, die in Schüben zu verlaufen pflegt und deshalb zu ganz verschiedenen Beurteilungen führt.

Rüdinger (13) glaubt, daß die Rentenneurose keine willkürliche Schöpfung der Unfallskranken ist. Das österreichische Unfallgesetz befördert die Entstehung noch außerdem durch ungenügende Vorsorge für das Heilverfahren und hat auch sonst noch mehrfache Härten für den Verletzten.

Raecke (12) gibt eine kurze Übersicht über die nach Unfällen auftretenden Formen der Psychosen und Neurosen nebst einigen Angaben über ihre Häufigkeit.

Bei der Begutachtung von Unfallnervenkranken soll man sich, rät *Schuster* (14), die Akten immer vorher durchlesen, damit man weiß, worauf es ankommt, und nicht unnütz Zeit verliert. In der Unterhaltung mit dem Verletzten lege man jedes Wort auf die Goldwage, damit man keine hypochondrischen Ideen suggeriert. Im übrigen suche man das Vertrauen des zu Untersuchenden zu gewinnen und zeige



ihm nie von vornherein, daß man ihn für einen Simulanten hält. Von der Anwendung schmerzhafter Untersuchungsmethoden rät *Sch.* dringend ab, alle Untersuchungen, namentlich auf Sensibilität, Motilität und Romberg müssen so vorgenommen werden, daß der Untersuchte nicht weiß, worauf es ankommt. *Sch.* teilt eine Reihe von Tricks mit, durch die es gelingt, die Aufmerksamkeit der Verletzten von dem eigentlichen Zweck der Untersuchung abzulenken. Schließlich soll man auch noch vorsichtig sein bei der Verwertung der gefundenen Untersuchungsresultate, die eigentlich nur in der Hand des geübten Nervenspezialisten eine brauchbare Unterlage für die Unfallbegutachtung geben.

H. W. Maier (7) berichtet über Verschlimmerung bestehender Dementia praecox durch ein schweres Trauma und durch Militärdienst. Im zweiten Falle hat es sich wohl nur um ein Rezidiv gehandelt, ob der Militärdienst an dem Ausbruch Schuld war, erscheint nach der Schilderung zweifelhaft. *Maier* nimmt es aber an, weil der Inhalt der Psychose ganz durch militärische Gedankengänge gefärbt war. Diese Anwendung der *Bleuler*schen Anschauungen auf die Haftpflichtversicherung erscheint nicht unbedenklich.

Der Fall von *Jentsch* (4) ist besonders wegen der exogenen Auslösung von Rezidiven bemerkenswert. Ein Dachdecker hatte nach einem schweren Sturz eine Psychose durchgemacht, war aber geheilt. Nach 6 und 11 Jahren traten Rezidive auf, ausgelöst, das erstemal durch den Anblick eines abstürzenden Lehrlings, das zweitemal durch einen drohenden Absturz des Patienten selbst. Er wird beide Male wieder gesund, erkrankt aber schließlich noch ein viertes Mal, als er wieder in Gefahr kam, abzustürzen. Auch dieser Rückfall besserte sich.

Laquer (5) veröffentlicht 27 interessante Krankengeschichten und tritt auf Grund seiner Erfahrungen für die einmalige Kapitalabfindung bei nervösen Unfallkranken ein. Die allzu rasche Gewährung einer Dauerrente an Unfallsneurotiker und ihr langjähriger Bezug ist ihrer Heilung fast immer hinderlich. Wiederholte Heilversuche und langausgedehnte Beobachtungen in Kliniken und sonstigen Heilanstalten steigern die Beschwerden bei Unfallsneurosen und hemmen ihre rasche Genesung. Eine genaue Nachprüfung der Gesundheits- bzw. Erwerbsverhältnisse von nervös gewordenen Unfallsverletzten, die eine größere oder geringere Abfindung erhalten hatten, ergibt ihre völlige Gesundung in wirtschaftlicher Beziehung. Eine Kapitalszahlung hilft den Kranken in rascher und ausgiebiger Weise über die nervösen Unfallsfolgen hinweg. Zur Verhütung des Anreizes zu unberechtigten Bereicherungsideen in weiten Kreisen der Bevölkerung darf die Entschädigungssumme nicht zu hoch bemessen werden. Um die Folgen von diagnostischen Irrtümern möglichst einzuschränken, sollten bei Unfallsneurosen etwa fünf Jahre lang nicht zu kleine Teilrenten zum Zwecke der Schonung gezahlt werden. Dann aber ist der Anspruch durch einmalige Kapitalabfindung schnell und endgültig zu erledigen. Wenn dic Kapitalabfindung — eventl. in zwei Raten — in Aussicht genommen ist, empfiehlt es sich, die letzte Untersuchung und Entscheidung durch ein mehrgliedriges ärztliches Schiedsgericht vornehmen zu lassen, dem mindestens einer der behandelnden Ärzte des Verletzten angehören muß.

Drei Arbeiter, die *Meyer* (8) untersuchte, waren durch einen sog. kalten Blitzschlag von einem Gerüst herabgeschleudert. Während einer von ihnen nach vorübergehender Ohnmacht gleich wieder völlig orientiert war, blieb bei den andern beiden länger dauernde Amnesie zurück. Keiner zeigte Blitzfiguren oder sonstige direkte Blitzwirkungen.

Ein von *Weygandt* (16) erstattetes Gutachten über den Zusammenhang eines leichten Kopftraumas mit der Entstehung oder Verschlimmerung einer Hirngeschwulst im Kleinhirnbrückenwinkel gibt ihm Anlaß, vor allzugroßer Laxheit bei derartigen Begutachtungen zu warnen. Nach seiner Ansicht, die er durch ausführliches Studium der Literatur über die traumatische Entstehung von Geschwülsten und speziell von Hirngeschwülsten und eigene Beobachtungen gewonnen hat, ist es heutigentags noch nicht möglich, Traumen einen bestimmenden Einfluß auf die Entstehung oder Weiterentwicklung von Hirngeschwülsten einzuräumen. Auch im vorliegenden Falle konnte er einen solchen nicht anerkennen. Es handelte sich um ein Fibroendotheliom im rechten Kleinhirnbrückenwinkel, das schon zwei Jahre vor dem Unfall Taubheit rechts und ein Vierteljahr vorher Sehstörungen gemacht hatte. Der weitere Verlauf gestaltete sich so, wie es bei diesen Geschwülsten der Fall zu sein pflegt, eine besondere Einwirkung des Unfalls ließ sich nicht erkennen.

Ascher (1) ist es gelungen, eine hysterische Kniekontraktur trotz bestehender Rentenansprüche zu heilen.

Quensel (10) nahm in einem Falle, in dem nach einer geheilten Verletzung der rechten Hand eine Schüttellähmung aufgetreten war, an, daß ein Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit bestände. Wenigstens mußte man bei den noch unsicheren wissenschaftlichen Anschauungen von der Krankheit möglicherweise, nach der empirischen Auffassung der Praxis die Schüttellähmung hier als wahrscheinliche Unfallfolge ansehen.

VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Astwazurow, M. J.*, Über Geisteskrankheiten in ihrem Zusammenhang mit den Militärdienstverhältnissen. Wojennomedizinski Yournal (Militärmedizinische Zeitschrift) 1912, H. IX, Russisch. (S. 35*.)
2. *Auer* (Kiel), Zur Statistik u. Symptomatologie der bei Marineangehörigen vorkommenden psychischen Störungen, insbesondere über Katatonie, pathologischen Rausch, Inbezillität und deren forensische Beurteilung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. 1912, Bd. 49, H. 1, S. 265.
3. *Belletrud* (Pierrefeu), Vol et désertion. Simulation; débilité intellectuelle; amoralité complète; instabilité constitutionnelle. Annales médico-psychologiques 70e année, no. 3, p. 308.

4. *Biaute* (Nantes), Un expertise pour conseil de guerre. Annales médico-psychologiques 70e année, no. 2, p. 166.
5. *Consiglio, P.*, Studii di Psichiatria Militare. Rivista Sperimentale di Frenatria 1912, vol. XXXVIII, p. 370—410.
6. *Courjon, A.*, Les anormaux dans l'armée. L'enfance anormale no. 9, p. 752.
7. *Danneḥl* (Frankfurt a. M.), Über Simulation. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1912, Nr. 10. (S.35*.)
8. *Goronzek, L.*, Über Tätowierungen bei Soldaten. Inaug.-Diss. Königsberg 1912.
9. *Haury, G.* (Paris), Les anormaux et les malades mentaux au régiment. 376 p. 5 Frs. Paris. Masson et Cie.
10. *Mönkemöller, O.* (Hildesheim), Die erworbenen Geistesstörungen des Soldatenstandes. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 1, S. 130. (S. 34*.)
11. *Réveéz, B.* (Hermannstadt), Psychiatrische Fürsorge auf dem Kriegsschauplatze. Wien. klin. Wschr. Nr. 50.
12. *Seige, Max* (Dresden), Militärsanitätswesen und Psychiatrie (Übersichtsreferat). Med. Klinik Nr. 23, S. 953.
13. *Simonin, J.* (Val-di-Grâce), Les débiles mentaux dans l'armée. Débiles simples et delinquants. Ann. d'hygiène publique et de médecine légale. Mai 1912.
14. *Simonin, M.* (Val-de-Grâce), La débilité mentale dans l'armée. Revue de psychiatrie et de psychologie experimentale 1912, Nr. 4, p. 147.
15. *Stier*, Geistig Abnorme und Militärdienst. Deutsche militärärztl. Ztschr. (S. 35*.)
16. *de Teyssien*, Folie simulée chez un jeune soldat. Le caducé no. 18, p. 243.
17. *Weyert*, Psychische Grenzzustände und Dienstfähigkeit. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1913, H. 7, S. 241. (S. 35*.)

Mönkemöller (10) hat die seit 1875 in der Anstalt zu Hildesheim verpflegten Militärpersonen auf die Psychosen untersucht. Im ganzen sind 215 Soldaten verpflegt. Unter den Offizieren und den Berufssoldaten fordert die Paralyse die meisten Opfer, an zweiter Stelle und weit zurück der Zahl nach steht die Dementia praecox, die bei den Nichtberufssoldaten die gewöhnliche Psychose ist und zu *M.*s Material 25% stellte. In den letzten Jahren haben die Aufnahmen von geisteskranken Soldaten an Zahl zugenommen. Das ist aber ein günstiges Zeichen. Die

Zunahme der psychiatrischen Kenntnisse der Militärärzte läßt jetzt auch solche Fälle einer genauen Beobachtung teilhaftig werden, die früher nicht als psychisch verändert erkannt wurden. Im übrigen haben die Militärpsychosen eine trübe Prognose, der überwiegende Teil wurde chronisch. Den Schluß seiner Arbeit bildet eine sehr gründliche Besprechung der Beziehungen zwischen psychischer Minderwertigkeit und Militärdienst, in der auch die Literatur über dieses Thema kritisch gewürdigt wird.

Nach *Dannehl*s (7) Mitteilungen ist die Zahl der Simulanten im Heere recht klein, in den 16 Jahren von 1894—1908 sind nur noch 43 Fälle kriegsgerichtlich bestraft. Das beste Hilfsmittel gegen Simulation ist nicht die Bestrafung, sondern gründliche Untersuchung. Sieht sich der Simulant entlarvt, so gibt er seine Drückerei gewöhnlich auf und wird meist ein ganz brauchbarer Soldat. Der Bestrafte dagegen leidet dauernd unter dem Makel seiner Bestrafung. Meist werden auch nur bestehende Leiden übertrieben, reine Erfindung ist sehr selten. Die größten Schwierigkeiten machen die Hysterischen, deren Zahl beständig steigt, sowohl bei der Diagnose des Leidens wie auch für die Beurteilung der Dienstfähigkeit. Meist sind sie nur zum Garnisonsdienst tauglich. Der größte Teil der Arbeit bringt Untersuchungsmethoden zur Entlarvung der Simulanten.

Stier (15) tritt auf Grund der praktischen Erfahrungen nochmals dafür ein, daß geistig Abnorme und Kranke sowie mit Zuchthaus Bestrafte vom Militärdienst ferngehalten werden. Die innigen Beziehungen zwischen Kriminalität und geistiger Störung offenbaren sich beim Militär besonders oft und in sehr störender Weise. Einen Nutzen hat die Armee von der Einstellung solcher Elemente unter keinen Umständen.

Dementia praecox, Epilepsie, Neurasthenie, Hysterie und namentlich der angeborene Schwachsinn, der von allen geistigen Anomalien den Militärarzt am häufigsten beschäftigt, machen oft Schwierigkeiten, wenn die Frage entschieden werden soll, inwieweit sie die militärische Dienstfähigkeit eines Mannes beeinflussen. *Weyert* (17). Schließlich wird man aber bei genauer Diagnose und schwereren Krankheitsgraden immer Dienstunfähigeit annehmen müssen, während bei den Degenerierten, mit ihrem wechselnden Verhalten, oft kaum bestimmt zu entscheiden ist, ob ein Mann bei der Truppe bleiben kann oder nicht. Für ihre Beurteilung ist besonders eine genaue Kenntnis der Vorgeschichte nötig. Deren Erhebung macht häufig Schwierigkeiten, und es wäre erwünscht, wenn auffällige Knaben schon in der Schulzeit als solche einer Zentralstelle angemeldet würden.

Astwazurow (1) analyisert das vorhandene statistische Material über Geisteskrankheiten in den Armeen verschiedener europäischer Länder in der Friedenszeit und während der Kriege. Naturgemäß beschäftigt er sich am eingehendsten mit den Mitteilungen aus dem letzten russisch-japanischen Kriege. Seine Schlußfolgerungen faßt der Verfasser folgendermaßen zusammen: Fast alle Heeresverwaltungen verzeichnen ein allmähliches Anwachsen der Zahl der seelischen Erkrankungen. Dieser Umstand ist jedoch nur zum Teil durch eine wirkliche Zunahme der Erkrankungen bedingt; in der Hauptsache hängt er wohl mit der Verfeinerung unserer Diagnostik zusammen, die es mit sich bringt, daß manche Zu-



stände registriert werden, die früher nicht als krankhaft angesehen wurden. In Kriegszeiten nimmt die Zahl der Psychosen in außerordentlichem Maße zu. Besonders stark ist diese Zunahme unter den Offizieren. Im allgemeinen kann behauptet werden, daß die Zahl der seelischen Erkrankungen der Dauer der kriegerischen Operationen entspricht. In den Kriegen der neueren Zeit macht sich das Anwachsen der Geisteskrankheiten in viel höherem Maße als in den früheren Kriegen bemerkbar. (*Fleischmann*-Kiew.)

---

2. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: Max Isserlin.

1. *Aall, A.*, Die Bedeutung der Zeitperspcktive bei der Einprägung für die Dauer der Gedächtnisbilder. V. Kongr. f. exp. Psychol. Berlin 1912. Leipzig, Barth. S. 237—241.
2. *Abelson*, Measurement of Mental Ability of Backward Children. British Journ. of Psychol. vol. 4, 3 u. 4. 47 S.
3. *Ach, N.*, Über eine Serienmethode für Reaktionsversuche. Bericht über den V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 133—135. Leipzig, Barth.
4. *Alexander*, Foundations and Sketch-plan of a Conational Psychology. British Journ. of Psychol. vol. IV, 3 u. 4.
5. *Alexander*, Relations and in particular the cognitive Relation. Mind 83. 24 S.
6. *Alexander*, The Conception of Soul. Journ. of Philos., Psychol. and Scientific Methods vol. 9, no. 16, 10 p.
7. *Alsberg*, Schädelform und Umwelteinflüsse. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie Bd. IX, H. 2, 10 S.
8. *Amantea*, Chemische Reizung der Hirnrinde des Hundes. Zentralbl. f. Physiol. Bd. 26, H. 5/6, 3. S.
9. *Amsehl*, Die Irrtümer der Strafjustiz und ihre Ursachen. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 45, H. 1 u. 2, 18 S.
10. *Angier*, Tactual and Kinaesthetic Space. The Psychol. Bull. vol. 9, no. 7, 2 p.
11. *Anschütz, Georg*, Spekulative exakte und angewandte Psychologie. Eine Untersuchung über die Prinzipien der psychologischen Erkenntnis. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, 24; auch als Monographie. Leipzig, Engelmann. (S. 65*.)



12. *Anschütz, G.*, Tendenzen im psychologischen Empirismus der Gegenwart. Eine Erwiderung auf *O. Külpe*s Ausführungen „Psychologie und Medizin" und „Über die Bedeutung der modernen Denkpsychologie". Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 189—207.

13. *Assagioli, R.*, Il subconsciente. Firenze 1911. Biblioteca filosofica 30 p.

14. *Assagioli, R.*, Transformazione e sublimazione delle energie sessuali. Rivista di Psicologia applicata 7, 228, 1911.

15. *Atherton, M. V.*, and *Washburn, M. F.*, Mediate Associations studied by the Method of Inhibiting Associations. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1, p. 101—108.

17. *Arrighi*, La polemiche in Italia su la misura e la conservazione della forza. La cultura filosofica vol. VI, fasc. 2, 31 p.

18. *Ayres*, The Binet-Simon measuring scale for Intelligence: some criticisms and suggestions. The Psychol. Clin. (for the normal development of every child) vol. V, no. 6, 10 p.

19. *Babak, Edward*, Über die Temperaturempfindlichkeit der Amphibien. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, S. 34—45.

20. *Babinsky* et *Dagnan-Bouveret*, Emotion et Hysterie. Journ. de Psychol. normale et pathol. Année 9, no. 2 u. 3, 50 p.

21. *Baeumker*, Über die Philosophie von Henri Bergson. Philos. Jahrb. Bd. 25, H. 1, 23 S.

22. *Banchieri*, I sogni dei bambini di cinque anni. Rivista di Psicologia 3., no. 4, 6 p.

23. *Barat*, La substitution des images aux sensations à propos d'un cas d'hallucinations et d'illusions multiples. Journ. de Psychol. normale et path. 9, no. 2 u. 3, 8 p.

24. *Barucci*, Critiche sperimentali alla dottrina dei punti tattili. Rivista di Psicologia Applicata 7, 9 p.

25. *Basch*, Les grands courants de l'Esthétique allemande contemporaine. Revue Philos. 37. année, no. 1/2, 23 u. 24 p.

26. *Bauch*, Imanuel Kant und sein Verhältnis zur Naturwissenschaft. Kant-Studien Bd. 17, H. 1 u. 2, 17 S.

27. *Bauer*, La conscience collective et le bien obligatoire Revue Philosophique vol. 37, fasc. 6, 27 p.



28. *Baumann*, Beiträge zur Physiologie des Sehens. IV. Subjektive Farbenerscheinungen. Pflügers Archiv Bd. 146, 10 S.

29. *Bayerthal*, Über den gegenwärtigen Stand der Frage nach den Beziehungen zwischen Hirngröße und Intelligenz. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie Jahrg. 8, H. 6, 9 S.

30. *v. Bechterew*, La Psychologie sociale considerée comme une science objective. La Revue Psychol. vol. VI, 3.

31. *v. Bechterew*, Über die Hauptäußerungen der neuropsychischen Tätigkeit bei objektivem Studium derselben. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 4, 22 S.

32. *Beck*, *K.*, Untersuchungen über den statischen Apparat von Gesunden und Taubstummen. Ztschr. f. Sinnesphysiol.

33. *Beck* und *Bickeles*, Versuche über die gegenseitige funktionelle Beeinflussung von Groß- und Kleinhirn. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 143, H. 8—10, 13 S.

34. *Benussi*, *V.*, Stroboskopische Scheinbewegungen und geometrisch-optische Gestaltstäuschungen. Mit 10 Figuren im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 31—62. (S. 65*.)

35. *Bercio*, Die Strafe als Arzt. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 47, 6 S.

36. Bericht über den V. Kongreß für experimentelle Psychologie (Berlin vom 16. bis 19. April 1912). Leipzig. 324 S.

37. *Berliner*, Klinische Studien über die Reflexzeit des Kniephänomens. Klinik f. psychische u. nervöse Krankh. Bd. 7, H. 2.

38. *Bernhard*, Die Struktur des französischen Geistes. Logos. Bd. 3, H. 1, 23 S.

39. *Bernheim*, De l'auto-suggestion. Revue de Psychiatrie 8. Serie, Jahrg. 16, tome 16, no. 7. S. 266.

40. *Berze*, *J.*, Bewußtseinstonus. Wien. med. Wschr. 61, 2603, 1911.

41. *Betz*, Rechenbeispiele in Ergänzung zu Beiheft 3 über Korrelation. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. 6, H. 1, 8 S.

42. Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1911 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und



Grenzgebiete. Zusammengestellt von *W. Köhler*. Ztsch. f. Psychol. Bd. 62, S. 321—323.

43. *Birnbaum, K.* (Berlin-Buch), Über den Einfluß von Gefühlsfaktoren auf die Assoziationen. Mtschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 32, H. 2, S. 95. (S. 69*.)

44. *Bischoff, E.* (Langenhorn), Über eine einfache klinisch-psychologische Methode zur Prüfung der Auffassung, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Ablenkbarkeit. Mit 4 Textfiguren. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 2, S. 249. (S. 68*.)

44 a. *Bischoff, E.*, Untersuchungen über das unmittelbare und mittelbare Zahlengedächtnis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 11, 63—69. (S. 68*.)

45. *Bischoff, E.*, Untersuchungen über Übungsfähigkeit und Ermüdbarkeit bei geistiger und körperlicher Arbeit. Mit 15 Figuren im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 423—452.

46. *Bleuler, E.*, Das autistische Denken. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, H. 2, S. 1—39.

47. *Bleuler, E.*, Die psychologischen Theorien *Freuds*. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, S. 487—489.

48. *Bleuler, E.*, *Forels* Stellungnahme zur Psychoanalyse. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Jahrg. 4, 2. Hälfte, S. 686—691. Leipzig-Wien.

49. *Bleuler, E.*, Eine intellektuelle Komponente des Vaterkomplexes. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, 2. Hälfte, S. 684—685. Leipzig-Wien.

50. *Bloch*, Das Icherlebnis. Arch. f. system. Philosophie Bd. 18, 1. 2. 15 S.

51. *Bocci*, Über den Akkomodationsmechanismus des Auges für die Ferne. Subjekt. Prüfung bei Menschen und objekt. bei Tieren. (Übersetzt von Dr. *Verderame.*) Ztschr. f. Physiol. d. Sinnesorg. Bd. 46, H. 6, S. 379.

52. *Börner*, Die Künstlerpsychologie im Altertum. Ein Beitrag zur Geschichte der Ästhetik. Ztschr. f. Ästhetik u. allg. Kunstwissensch. Bd. 7, H. 1 u. 2, 22 S.



53. *Bolton*, Public education of exceptional children. Aus Educational Review 1912, june, 8 S.

54. *Botti*, Di alcune illusioni attico-geometriche. Rivista di Psicologia. Jahrg. 3, no. 4.

55. *Breukink*, Über Charles Férés ergographische Untersuchungen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18, H. 5, 4 S.

56. *Bridges*, Doctrine of Specific Nerve Energies. The Journ. of Philosophy, Psychology and Scientific Methods vol. 9, no. 1,2,3

British Psychological Society s. Proceedings.

57. *Brückner*, *A.*, und *Kirsch*, *R.*, Über den Einfluß des Adaptationszustandes auf die Empfindlichkeit des Auges für galvanische Reizung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 1, S. 46—78.

58. *Brückner* und *Kirsch*, *R.*, Untersuchungen über die Farbenzeitschwelle. Mit 7 Figuren im Text. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 5, S. 229.

59. *Bühler*, *K.*, Entwicklung der Abstraktionsfähigkeit bei Schulkindern. V. Kongreß f. exp. Psychol. Leipzig 1912. S. 142 bis 144. Leipzig, Barth. (S. 70*.)

60. *Bühler*, *K.*, Vergleichung von Raumgestalten. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 183—185. Leipzig, Barth. (S. 65*.)

61. *Bullough*, Psychical Distance as a Factor in Art and an Aesthetic Principle. British Journ. of Psychol. vol. V, fasc. 2, 32 p.

62. *Burrow*, Conscious and unconscious movements from the psychoanalytic viewpoint. The Psychol. Bull. vol. 9, no. 4, 6 p.

63. *Campbell*, The application of psychoanalysis to insanity. New York medical journal no. 21.

64. *Carr*, Space Illusions. The Psychol. Bull. vol. 9, no. 7, p. 3.

65. *Chapin*, *W.*, and *Washburn*, *M. F.*, A Study of the Images Representing the Concept Meaning. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1, p. 109—114.

66. *Chinaglia*, *L.*, Über subjektive Ausfüllung von Raumteilen im Gebiete der Hautempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, S. 484—486

67. *Claparède, E.*, Alfred Binet (1857—1911) (avec un portrait). Arch. de Psychol. tome 11, no. 44, 12 p.

68. *Claparède, E.*, Un institut des sciences de l'éducation et les besoins auxquels il répond. Arch. de Psychol. tome XII, no. 45, 40 p.

69. *Coriat, J. H.*, The evolution of sleep and hypnosis. The Journ. of Abnormal Psychology 7, 94.

70. *Cornety*, De la durée de la memoire des lieux chez la fourmi. Arch. de Psychol. 12, 46, 16 p.

71. *Daretti*, Il sonno nei psicoastenici. Note di psicologia e di fisiopatologia. Rivista di Psicologia Jahrg. 3, no. 4, 18 p.

72. *Dauber, Johann*, Die Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens und die Zeugenaussagen. Fortschritte d. Psychol. 1, 83—131. (S. 70*.)

72 a. *Davies*, Prof. Titchener's Theory of Memory and Imagination. The Psychol. Review vol. 19, no. 2, 11 p.

72 b. *Day, M. Sucy*, The Effect of Illumination on Peripheral Vision. The American Journ. of Psychology vol. 23, no. 4, p. 533.

73. *Decroly* et *Degand*, Observations relatives á l'évolution des notions de quantité continues et discontinues chez l'enfant. Arch. de Psychol. XII.

74. *Descoeudres*, Les Tests de Binet et Simon et leur valeur scolaire. Arch. de Psychol. tome 11, no. 44, 25 p.

75. *Dexler, H.* (Prag), Beiträge zur modernen Tierpsychologie. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 685.

76. *Deuchler, G.*, Psychologische Vorfragen des ersten Rechenunterrichts. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 13, H. 1, 16 S.

77. *Dodge*, The Theory and Limitations of Introspection. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 2, 16 p.

78. *Döring*, Zur Psychologie des kleinen Einmaleins. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 13, H. 2—5, 9 S.

79. *Dubois, Paul*, Die Dialektik im Dienste der Psychotherapie. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. IV, H. 5, S. 278—287.



80. *Ebbinghaus*, *H.*, Abriß der Psychologie. IV. Aufl., durchgesehen von E. Dürr. Leipzig. 208 S. (S. 65*.)

81. *Elsenhans*, *Theodor*, Theorie der Phantasie. Archiv f. d. gesamte Psychol. Bd. 22, S. 29—39.

82. *Engel*, Probleme der Arbeitspsychologie. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. 6, H. 1.

83. *Erismann*, Untersuchung über Bewegungsempfindungen beim Beugen des rechten Armes im Ellenbogengelenk. Mit 6 Fig. (Kurven) im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 172.

84. *Ettlinger*, *M.*, Tierpsychologische Anmerkungen zur Lehre von den spezifischen Sinnesenergien. V. Kongreß f. exp. Psychol. Leipzig, Barth. S. 235—237.

85. *Ewald*, Die deutsche Philosophie im Jahre 1910. Kant-Studien Bd. 16, H. 4, 49 S.

86. *Feilgenhauer*, *R.*, Untersuchungen über die Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 350—416. (S. 66*.)

87. *Ferenczi*, *S.*, Symbolische Darstellung des Lust- und Realitätsprinzips im Ödipus-Mythos. Imago 1, S. 26.

88. *Ferenczi*, *S.*, Philosophie und Psychoanalyse. Bemerkungen zu einem Aufsatze des Herrn Prof. *James J. Putnam*. Imago 1, S. 519.

89. *Ferree*, *S. F.*, und *Rand*, *S.*, Über die Bestimmung der Sensibilität der Retina für farbiges Licht in radiometrischen Einheiten. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 4, 4 S.

90. *Fischer*, *Auguste*, Neue Versuche über Reproduzieren und Wiedererkennen. Ztschr. f. Psychologie Bd. 62, S. 141—217. (S. 68*.)

91. *Foerster*, Beziehungen zwischen Alkohol und Muskelarbeit. Pflügers Archiv Bd. 144, H. 1, 2, 20 S.

92. *Fränkel*, Begriffsbildung und Abstraktation. Philosoph. Jahrb. Bd. 25, H. 1, 18 S.

93. *Franken*, Aussageversuche nach der Methode der Entscheidungs- und Bestimmungsfrage bei Erwachsenen und Kindern. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. 6, H. 2 u. 3, 80 S.

94. *Franken*, Über Gedächtniskorrelationen. Ztschr. f. Philosophie u. Pädagogik Jahrg. 19, H. 4—8, 12 S.

95. *Franken*, Über die Erziehbarkeit der Erinnerungsaussage bei Schulkindern. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 12, H. 12, 8 S.

96. *Frankfurter*, *W.*, Arbeitsversuche an der Schreibmaschine. Psychol. Arbeiten herausg. von *E. Kraepelin* Bd. 6, H. 3, S. 419—449.

97. *Frankfurter*, *W.*, und *Thiele*, *R.*, Über den Zusammenhang zwischen Vorstellungtypus und sensorischer Lernweise. Ztschr. f. Psychol. Bd. 62, S. 96—131. (S. 67*.)

98. *Franz*, Experimental Psychopathology. The Psychol. Bull. vol. 9, no. 4, 9 p.

99. *Freeman*, Problems and Methods of Investigation in Handwriting. The Journ. of Educational Psychology vol. 3, no. 1—5, 10 S.

100. *Freud*, *S.*, Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens II. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, S. 40—50.

101. *Freud*, *S.*, Der Wahn und die Träume in *W. Jensens* „Gradiva". Schriften f. angewandte Seelenkunde Bd. 1, 2. Aufl. Leipzig und Wien, Deutike. 87 S.

102. *Freud*, *S.*, Über einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker: 1. Die Inzestscheu. 2. Das Tabu und die Ambivalenz der Gefühlsregungen. Imago 1, S. 17, 213, 301.

103. *Freud*, *S.*, Zur Psychopathologie des Alltaglebens. 4. Aufl. Berlin 1912, Karger.

104. *Furtmüller*, *K.*, Psychoanalyse und Ethik. Schriften des Vereins für freie psychoanal. Forsch. Nr. 1, 34 S. München, E. Reinhardt.

104 a. *Gallinger*, *August*, Das Problem der objektiven Möglichkeit, eine Bedeutungsanalyse. Schriften d. Gesellsch. f. psychol. Forschung H. 16, 126 S. Leipzig.

105. *Geißler*, Analysis of Consciousness under Negative Instruction. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 2, 31 p.



106. *Gertz, H.*, Über die Raumabbildung durch binokulare Instrumente. (Die stereoptische Abbildung.) Ztschr. f. Sinnesphysiol Bd. 46, H. 6, S. 301.

107. *Giachetti, C.*, La fantasia, Studie psychologici. Turin. Fratelli Bocca. 305 p.

108. *Gießla*, Mimische Gesichtsmuskelbewegung vom regulatorischen Standpunkte aus. Ztschr. f. Psych. Bd. 60, H. 4, 26 S.

109. *Glaeßner, G.*, Über Willenshemmung und Willensbahnung. Untersuchung z. Psychol. u. Philos., herausg. von *N. Ach.* Bd. 1, H. 7. Leipzig. 143 S. (S. 72*.)

109 a. *Goddard*, Modified Binet Tests. Aus The Training School. IX, 4, 1 p.

111. *Goett, Th.*, Zur Beurteilung des Assoziationsversuches im Kindesalter. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 11, S. 59.

112. *Goldscheider, A.*, Revision der Lehre vom Temperatursinn. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 222—229. Leipzig, Barth.

113. *Gollot*, Le concept et l'idée. Aus Scientia Jahrg. 6, vol. 11, no. 21, 1, 14 p.

114. *Grassi*, Einfache Reaktionszeit und Einstellung der Aufmerksamkeit. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 1 u. 2, 27 S.

115. *Gregor, A.*, Beiträge zur Kenntnis des psychogalvanischen Phänomens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 3, S. 393.

116. *Groos, K.*, Untersuchungen über den Aufbau der Systeme. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 1 u. 2, 25 S.

117. *Groos, Karl*, Die Sinnesdaten im „Ring des Nibelungen". Optisches und akustisches Material. Gesammelt von *Ilse Netto* und *Marie Groos*. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 401—422.

118. *Grünbaum, A.*, Beobachtungen über das Besinnen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 208—211.

119. *Gruhle, H. W.*, Ergographische Studien. Mit 11 Figuren im Text. Psychol. Arbeiten herausg. von *E. Kraepelin* Bd. 6, H. 3, S. 339—409.

120. *Günther*, Beiträge zur Systematik und Psychologie des Rotwelsch



und der ihm verwandten deutschen Geheimsprachen. II. Die Stände, Berufe und Gewerbe. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 46, 47.

121. *Günther*, Reaktionsversuche bei Durchgangsbeobachtungen. Psychologische Studien (*Wundt*) Bd. 7, H. 4 u. 5.

122. *Guttmann, A.*, Zur Psychophysik des Gesanges. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 3, S. 161.

123. *Guttmann, A.*, Zur Psychophysik des Gesanges. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 175—176. Leipzig, Barth.

124. *Guttmann, A.*, Demonstration der wichtigsten Methoden zur Untersuchung des Farbensinnes. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 192. Leipzig, Barth.

125. *Haeker, Valentin*, Über Lernversuche bei Axolotln. Mit 3 Figuren und 5 Kurven im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 1—35.

126. *Härlin*, Dichter, Arzt und Hellseher. Psychische Studien Jahrg. 39, H. 3, S. 173.

127. *Hahn*, Zum augenblicklichen Stand der Traumpsychologie. Philosophisches Jahrb. Bd. 24, H. 4.

128. *Haldy*, Zur Psychologie der Strafanzeige. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 47, H. 1, 2, 3, 4, 5 S.

129. *Harnik, J.* (Budapest), Psychoanalytisches aus und über Goethes Wahlverwandtschaften. Imago 1, S. 507.

130. *Hart, Bernard*, und *Spearman, C.*, Über die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 139—142. Leipzig, Barth.

131. *Hart, B.*, and *Spearman, C.*, General ability, its existence and Nature. The British Journ. of Psychology 5, 51.

132. *Hart*, The Relations of Individual and Experimental Psychology to Social Psychology. The Journal of Philosophy, Psychol. and Scientific Methods vol. 9, 5—8.

133. *Head* and *Holmes*, Sensory Disturbances from Cerebral Lesions. Brain. vol. 34, Parts 2 u. 3. 153 p.

133 a. *Hennig, Ph.*, Die Entwicklung des Naturgefühls. Das Wesen der Inspiration. Schriften d. Gesellsch. f. psychol. Forsch. H. 17. Leipzig. 160 S.



134. *Henmon*, The Relation between Mode of Presentation and Retention. The Psychol. Review vol. 19, no. 2, 18 p.

135. *Henseling*, Begriff und Entwicklung der Phantasie. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 13, H. 2—6.

136. *Herbertz, R.*, Die philosophische Literatur. Stuttgart, W. Spemann. 222 S. (S. 65*.)

137. *Heymans, G.*, und *Wiersma, E.*, Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung (7. Artikel). Ztschr. f. Psychol. Bd. 62, H. 1 u. 2, S. 1—59.

138. *Hildebrand, L., v. Renauld*, Zur Psychologie eines Sprichwortes. („Geteilte Freude ist doppelte Freude, geteilter Schmerz ist halber Schmerz.") Eine psychologische Studie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 395—397.

139. *Hillgruber, A.*, Fortlaufende Arbeit und Willensbetätigung Unters. z. Psychol. u. Philos. herausg. von *N. Ach*, Bd. 1. H. 6. Leipzig. 50 S. (S. 71*.)

139 a. *Hirschfeld, Magnus*, Über die Lokalisation der Sexualzentren Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 486—488.

140. *Hirt, Eduard*, Über empirisch begründete Bewertung der normalen und pathologischen Handschrift. Tatsächliches und Prinzipielles. (Mit 14 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, S. 339—414.

141. *Hirt, Ed.*, Zur Theorie der Trugwahrnehmungen. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 1, H. 2 u. 3, 26 S.

142. *Hitschmann, E.* (Wien), Zum Farbenhören. Imago 1, S. 401.

143. *Hitschmann, E.*, Zum Werden des Romandichters. Imago 1, H. 1.

144. *Höfler, Alois*, Gestalt und Beziehung. Gestalt und Anschauung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 3, 68 S. (S. 65*.)

145. *Heymans, G.*, In Sachen des psychischen Monismus (1. und 2. Artikel). Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 4 u. 5, S. 241.

146. *Hollingworth, H. L.*, The Influence of Coffein Alkaloid on the Quality and Amount of Sleep. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1, p. 89—100.



147. *Hollingworth, H. L.*, The Influence of Coffein on the Speed and Quality of Performance in Typewriting. The Psychol. Review vol. 19, no. 1, 12 p.

148. *Huey*, The present Status of the Binet Scale of Tets for the Measurement of Intelligence. The Psychol. Bull. vol. 9, no. 4, 9 p.

149. *Hug. Hellmuth* (Wien), Über Farbenhören. Imago Jahrg. 1, S. 228.

149 a. *Jäger*, Lust und Unlust in energetischer Betrachtung. Annalen der Naturphilosophie XI, 2, 29 S.

149 b. *Jaensch, E.*, Die Farbenkonstanz der Sehdinge. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 186—188. Leipzig, Barth. (S. 65*.)

149 c. *Jakobson*, Further Experiments on the Inhibition of Sensations. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 3, 25 p.

149 d. *Jerchel*, Inwieweit wird das Medizinstudium durch „Rot-Grünblindheit" beeinflußt? Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 1, S. 1—33.

149 e. *Jesinghaus, K.*, Zur psychologischen Theorie des Gedächtnisses. Psychol. Studien Bd. 7, H. 4 u. 5, 40 S.

150. *Jesinghaus, K.*, Beiträge zur Methodologie der Gedächtnisuntersuchung. Psychol. Studien Bd. 7, H. 6, 105 S.

151. *Jones, E.*, Der Alptraum; in seiner Beziehung zu gewissen Formen des mittelalterlichen Aberglaubens. Leipzig und Wien, Deutike. 149 S.

152. *Jones, E.*, „Dichtung und Traum" von *F. C Prescott.* Imago 1, S. 533.

153. *Jones, E.* (Toronto), Die Bedeutung des Salzes in Sitte und Brauch der Völker. Imago 1, S. 361, 454.

154. *Jones, E.*, Einige Fälle von Zwangsneurose. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. 4, S. 563.

155. *Jones, E.*, Psychoanalysis and Education. The Value of Sublimating Processes for Education and Reeducation. The Journ. of Educational Psychology vol. III, no. 1—5, 16 p.

156. *Josefovici, Usiel*, Die psychische Vererbung. Arch. f. d. ges.



Psychol. Bd. 23, S. 1—156. Auch als Monographie (Sammlung von Abhandlungen z. psychol. Pädagogik Leipzig).

157. *Jung*, *C. G.*, Wandlungen und Symbole der Libido. II. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, S. 162—464.

157 a. *Jung*, *C. G.*, Wandlungen und Symbole der Libido. Leipzig und Wien, F. Deutike. 413 S.

158. *Kaplan*, Zur Psychologie des Tragischen. Imago 1, H. 2, 26 S.

159. *Katz*, *D.*, Experimentelle Psychologie und Gemäldekunst. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 165—169. Leipzig, Barth.

160. *Kerschensteiner*, Der Charakterbegriff. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik 13, H. 1, 11 S.

161. *Keyserling*, Das Wesen der Intuition und ihre Rolle in der Philosophie. Logos 3, H. 1, 21 S.

162. *Kiesow*, *F.*, Demonstration einiger optischer Täuschungen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 162—163. Leipzig, Barth. (S. 65*.)

163. *Kiesow*, *F.*, Über die Versuche von *E. H. Weber* und *M. Szabadföldi*, nach welchen einer Hautstelle aufliegende Gegenstände von gleicher Größe nicht gleich schwer empfunden werden, wenn ihre Temperaturen gewisse Unterschiede aufweisen. Nach einer zum Teil von Dr. *Leopold Chinaglia* ausgeführten Untersuchung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 50—104. (S. 65*.)

164. *Kiesow*, *F.*, Über den Sinnesbegriff und die Einteilung der Empfindungen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 158 bis 159. Leipzig, Barth. (S. 65*.)

165. *Kläsi*, J., Über das psychogalvanische Phänomen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19, H. 4—5.

166. *Klages*, *L.*, Begriff und Tatbestand der Handschrift. Ztschr. f. Psychol.

167. *Klages*, *Ludwig*, Über Charakterkunde. Eine Erwiderung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 108—116.



168. *Klieneberger*, Über Intelligenzprüfungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 788.

169. *Knight Dunlap*, Die Wirkung gleichzeitiger Reizung von zentralen und exzentrischen Netzhautstellen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 343.

170. *Köhler*, *Paul*, Beiträge zur systematischen Traumbeobachtung. Mit 1 Figur (Kurve) im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, S. 145—483. (S. 72*.)

171. *Köhler*, *W.*, Akustische Untersuchungen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 151—156. Leipzig, Barth. (S. 65*.)

172. *Koffka*, *K.*, Zur Analyse der Vorstellungen und ihrer Gesetze. Eine experimentelle Untersuchung. Leipzig, Quelle u. Meyer. 392 S. (S. 67*.)

173. *Koffka*, *K.*, Ein neuer Versuch eines objektiven Systems der Psychol. Ztschr. f. Psychol. Bd. 61, H. 2—4, 13 S.

174. *Kohnstamm*, *O.*, System der Neurosen vom psychobiologischen Standpunkte. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilk. 9. Berlin.

175. *Kraus*, *O.*, Schuld, Unzurechnungsfähigkeit und Geisteskrankheit. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 176—177. Leipzig, Barth.

176. *Kretzschmar*, Die freien Kinderzeichnungen in der wissenschaftlichen Forschung. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik, Bd. 13, H. 7/8.

177. *Kronfeld*, *Arthur*, Experimentelles zum Mechanismus der Auffassung. Vortrag, gehalten auf dem 83. Kongreß deutscher Naturforscher und Ärzte. Mit 4 Figuren (Tabellen 1—4) im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 453—485. (S. 66*.)

178. *Külpe*, *O.*, Über die Bedeutung der modernen Denkpsychologie. Ber. üb. d. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912 (S. 117—118). Leipzig, A. Barth.

179. *Külpe*, *O.*, Wilhelm Wundt zum 80. Geburtstage. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 105.

180. *Lasersohn*, *Woldemar*, Kritik der hauptsächlichsten Theorien über den unmittelbaren Bewegungseindruck. Ztschr. f. Psychol. Bd. 61, H. 2, S. 81—121.



181. *Lehmann, A.*, Über den Stoffwechsel während geistiger Arbeit. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 136—139. Leipzig, Barth.

182. *Lessing*, Psychologie der Ahnung. Arch. f. system. Philos. Bd. 18, H. 2, 13 S.

183. *Levenstein, A.*, Die Arbeiterfrage. Mit besonderer Berücksichtigung der sozialpsychologischen Seite des modernen Großbetriebs und der psychophysischen Einwirkung auf die Arbeiter. München. E. Reinhardt. 406 S. 6 M. (S. 72*.)

183 a. *v. Liebermann, P.*, und *Géza Révész*, Experimentelle Beiträge zur Orthosymphonie und zum Falschhören. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 4 u. 5, S. 286.

183 b. *Liebermann* und *Géza Révész*, Über eine besondere Form des Falschhörens in tiefen Lagen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 4 u. 5, S. 325.

184. *Liepmann, H.*, Zur Lokalisation der Hirnfunktionen mit besonderer Berücksichtigung der Beteiligung der beiden Hemisphären an den Gedächtnisleistungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 1 u. 2, S. 1.

184 a. *Linke, P.*, Apparat zur Demonstration der psychologischen Grundlagen der kinematographischen Erscheinungen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 196—200. Leipzig, Barth. (S. 65*.)

185. *Lipps, G. F.*, Das Problem der Willensfreiheit. Teubner, Leipzig. 104 S.

185 a. *Lipps, G. F.*, Eine Bemerkung zu *Wirth*s „mathematischen Grundlagen" usw. Psychol. Studien 8. H. 1, S. 73—75. (S. 65*.)

185 b. *Lorenz, Johannes*, Unterschiedsschwellen im Sehfelde bei wechselnder Aufmerksamkeitsverteilung. Mit 4 Figuren im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 313.

186. *Luquet*, La premier âge du dessin enfantin. Arch. de Psychol. tome XII, no. 45, 7 p.

186 a. *Maccagno*, Introduzione sperimentale allo studio dei tipi di lavoro mentale. Rivista di Psicologia 8, no. 1, 9 p.



186 b. *v. Madáy, St.*, Psychologie der Berufswahl. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 205—208. Leipzig, Barth.

187. *Maeder, A.*, Psychoanalytische Eindrücke von einer Reise in England. Imago 1, H. 2, 9 S.

188. *Maeder, A.*, Über die Funktion des Traumes. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, S. 692—707. Leipzig-Wien.

189. *Mackenzie*, Notes on the Probleme of Time. Mind 83.

190. *Major, G.*, Psychasthenie im Kindesalter. Klinik f. psychische u. nervöse Krankh. Bd. 6, H. 4.

191. *Marbe, K.*, Beiträge zur Logik und ihren Grenzwissenschaften. Vjhrschr. f. wissensch. Philosophie u. Soziologie Jahrg. 36.

192. *Marbe, K.*, Die Bedeutung der Psychologie für die übrigen Wissenschaften und die Praxis. Fortschritte d. Psychol. u. ihrer Anwendungen (herausg. von *K. Marbe*) Bd. 1, H. 1, 77 S.

193. *Marbe, K.*, Messung von Reaktionszeiten mit der Rußmethode. Fortschritte d. Psychol. Bd. 1, S. 132—137.

194. *Marbe, K.*, Psychologische Gutachten zum Prozeß wegen des Müllheimer Eisenbahnunglücks. Fortschritte d. Psychol. Bd. 1, S. 339—374.

195. *Marbe, K.*, Kinderaussagen in einem Sittlichkeitsprozeß. Fortschritte d. Psychol. Bd. 1, S. 375—396.

196. *Marschall*, Ein psychologischer Streifzug durch das Gebiet der Beleidigungsklagen. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 46, H. 3 u. 4, 10 S.

197. *Martin, L.*, Die Projektionsmethode und die Lokalisation visueller und anderer Vorstellungsbilder. Ztschr. f. Psychol. Bd. 61, H. 5 u. 6.

198. *Martin, L.*, Über die Lokalisation der visuellen Bilder normaler und anormaler Personen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 163—165. Leipzig, Barth. (S. 65*.)

199. *Martius, G.*, Über synthetische und analytische Psychologie. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 261—281. Leipzig, Barth.



200. *Matz*, Eine Untersuchung über das Modellieren sehender Kinder. Mit 3 Tafeln. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. 6, H. 1, 20 S.

201. *Maydell*, Zur Frage von der Ermüdung der Nervenzentren. Aus Pflügers Archiv Bd. 146, H. 1—12, 14 S.

202. *Mayer*, Der Zweifel. Ztschr. f. Religionspsychol. Bd. 6, H. 1—4, 4 S.

203. *Meinong*, Für die Psychologie und gegen den Psychologismus in der allgemeinen Werttheorie. Logos Bd. 3, H. 1, 14 S.

204. *Menzerath*, VI. Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie Bruges, 30. Sept. und 1. Okt. 1911. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, S. 490—512.

205. *Menzerath, P.*, Die sogenannten Komplexmerkmale beim Assoziationsexperiment. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 170—175. Leipzig, Barth.

206. *Messer, A.*, *Husserls* Phänomenologie in ihrem Verhältnis zur Psychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 117—129.

207. *Messer, A.*, Über den Begriff des „Aktes". Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 245.

208. *Messer, A.*, Entgegnung auf: „Über den Begriff des Aktes" von *v. d. Pfordten*. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 175.

209. *Meßmer*, Die neueren experimentellen Untersuchungen des Willensaktes und ihre Bedeutung für die Pädagogik. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik, Jahrg. 13, H. 2—5, 21 S.

210. *Meumann, E.*, Die Gründung eines Instituts für Jugendforschung in Hamburg. Pädagogische Reform (Hamburg) Bd. 36, H. 26—27.

211. *Meumann, E.*, Ein Programm zur psychologischen Untersuchung des Zeichnens. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik 13, H. 7/8.

212. *Meumann, E.*, Sammelreferat über die Literatur der Jugendkunde. Mit 11 Figuren im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, 87 (Literaturbericht).

213. *Meumann, E.*, Über eine neue Methode der Intelligenzprüfung

und über den Wert der Kombinationsmethoden. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 13, H. 2—5, 19 S.

214. *Meyer*, *P.*, Über die Reproduktion eingeprägter Figuren und ihrer räumlichen Stellungen bei Kindern und Erwachsenen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, S. 34—91. (S. 68*.)

215. *Meyer*, Ein neues Verfahren zur graphischen Bestimmung des musikalischen Akzents. Med.-pädag. Mtschr. f. d. ges. Sprachheilk. Jahrg. 21, August-September, 16 S.

216. *Meyer*, Psychologie und militärische Ausbildung. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 13, H. 2—5, 5 S.

216 a. *Meyer*, Vorschläge zu Versuchen im Anschluß an meinen Aufsatz: Experimentelle Analyse psychischer Vorgänge beim Schießen mit einer Handfeuerwaffe. Mit 1 Figur im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 47—49.

217. *Meyer*, *Ad.*, Pathopsychology and Psychopathology. The Psychol. Bull. vol. 9, no. 4, 16 p.

218. *Michotte*, Déscription et fonctionnement d'un nouveau Tachistoscope à comparaison. Arch. de Psychol. tome XII, no. 45, 13 p.

219. *Mikulski*, *A.*, Auffassungs- und Merkversuche an Gesunden und Kranken mit besonderer Berücksichtigung des Gefühls der Sicherheit. Mit 2 Figuren im Text. Psychol. Arb. herausg. von *E. Kraepelin* Bd. 6, H. 3, S. 451—493. (S. 65*.)

220. *Minnemann*, *C.*, Grunderscheinungen des Sehens. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 178—179. Leipzig, Barth.

221. *Mittenzwey*, *K.*, Versuch zu einer Darstellung und Kritik der *Freud*schen Neurosenlehre. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 1/2, 53 S.

222. *Moede*, *Walther*, Gedächtnis in Psychologie, Physiologie und Biologie. Kritische Beiträge zum Gedächtnisproblem. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 312—389.

223. *Mourly*, *Vold J.*, Über den Traum. Experimental-psychol. Untersuchungen Bd. 2, 879 S. (S. 72*.)

224. *Moore*, Thought and its Functions. Mind. no. 82, 5 p.



225. *Moll, Albert*, Physiologisches und Psychologisches über Liebe und Freundschaft. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. IV, H. 5, S. 257—278.

226. *Müller-Freienfels*, Vorstellen und Denken. (Zur Kritik der Begriffe von Reproduktion und Assoziation.) Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 5 u. 6, 64 S.

227. *Müller-Freienfels, Richard*, Beiträge zum Problem des wortlosen Denkens. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, S. 310—338.

228. *Müller, G. E.*, Über die Lokalisation der visuellen Vorstellungsbilder. Bericht über den V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 118—122. Leipzig, A. Barth. (S. 65*.)

229. *Müller, G. E.*, Über Wiedererkennen und rückwirkende Hemmung. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 216—222. Leipzig, Barth. (S. 67*.)

230. *Müller-Lyer*, Die phaseologische Methode in der Soziologie. Vjhrschr. f. wissenschaftl. Philos. u. Soziol. 36, H. 2, 15 S.

231. *Münch*, Zur Psychologie der nichtversetzten Schüler. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 13, H. 1, 6 S.

232. *Münsterberg*, Experimentalpsychologie und Berufswahl. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Jahrg. 13, H. 1, 7 S.

233. *Muth*, Über Ornamentationsversuche mit Kindern im Alter von 6—9 Jahren. Mit 3 Tafeln. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. 6, H. 1, 30 S.

234. *Myers*, Die Gefahren der „Mental Tests". Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. 6, H. 1, 5 S.

235. *Myers, C.*, Individuelle Unterschiede in der Auffassung von Tönen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 148—151. Leipzig, Barth.

236. *Nagel, F.*, Experimentelle Untersuchungen über Grundfragen der Assoziationslehre. Mit 3 Figuren (Kurven) im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 23, S. 156—253.

237. *Natorp*, *Paul*, Allgemeine Psychologie. 1. Buch. Tübingen, Mohr (Siebeck). 329 S. (S. 65*.)

238. *Nelken*, Analytische Beobachtungen über Phantasien eines Schizophrenen. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, S. 504. Leipzig-Wien.

239. *Nelpen*, Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18, H. 5.

240. *Neumann*, Zur Frage der Sensibilität der inneren Organe. Zentralblatt f. Physiologie Bd. 26, H. 5/6.

241. *v. Nießl-Mayendorff*, Über die physiologischen Korrelate der Gefühle. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 188—192. Leipzig, Barth.

242. *Nikiforowsky*, *P. M.*, Der Abfluß der akustischen Energie aus dem Kopfe, wenn ein Schall durch die Stimme oder durch den Diapason-Vertex zugeleitet wird. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 4.

242 a. *Orszulok*, *Paul*, Untersuchungen über die Muskelarbeit des Menschen. II. Teil. Untersuchungen beim Gesunden. Mit 10 Figuren im Text. Psychol. Arb. herausg. v. *E. Kraepelin.* Bd. 6, H. 3, S. 494—529.

243. *Paulsen*, *J.*, Untersuchungen über psychophysiologische Erkenntnistheorie *Th. Ziehens*: 1. Der psychologische Begriff der Empfindung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 1—29.

244. *Paulsen*, *J.*, Reiz und Empfindung. Ztschr. f. Philos. u. philos. Kritik Bd. 146, H. 1, 2, 12 S.

245. *Peters*, *F.*, Untersuchungen der Gedächtnisstörungen paralytisch Geisteskranker mit der „Zahlenmethode". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 11, 173—217. (S. 68*.)

246. *Peters*, *W.*, Die Vererbung intellektueller Fähigkeiten. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 193—196. Leipzig, Barth.

247. *Pettow*, Zur Psychologie der Transvestie. (Zugleich ein Beitrag zur Reform des § 51 StGB.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 249—266.

248. *Pfister*, *O.*, Anwendung der Psychoanalyse in der Pädagogik und Seelsorge. Imago Jahrg. 1, H. 1, S. 56.



249. *Pfister, O.*, Die Ursache der Farbenbegleitung bei akustischen Wahrnehmungen und das Wesen anderer Synästhesien. Imago 1, S. 265.

250. *v. d. Pfordten*, Empfindung und Gefühl. Ztschr. f. Psychol. Bd. 62, S. 60—95.

251. *v. d. Pfordten, O.*, Über den Begriff des Aktes. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 173.

252. *Pfungst, O.*, Zur Psychologie der Affen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 200—205. Leipzig, Barth.

253. *Pfungst, O.*, Über sprechende Hunde. V. Kongr. f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 241—245. Leipzig, Barth.

254. *Picaret*, Essai d'une classification des Mystiques. Revue Philos. Bd. 37, H. 7, 26 S.

255. *Ponzo, M.*, Über einen Apparat zur Bestimmung der beim Lokalisieren von Hautempfindungen begangenen Fehler und deren Richtungen (Dermolokalimeter). Mit 1 Figur im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 105—107.

256. *Ponzo, M.*, Über einen neuen Zirkel für die Bestimmung der simultanen Raumschwellen der Körperhaut. Mit einer Figur im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 390—394.

257. *Ponzo, M.*, Note dimostrative intorno a due apparecchi per ricerche sulle sensazioni cutanee. Rivista di Psicologia Jahrg. 8, no. 2.

258. *Poppelreuter, W.*, Nachweis der Unzweckmäßigkeit, die gebräuchlichen Assoziationsexperimente mit sinnlosen Silben nach dem Erlernungs- und Treffverfahren zur exakten Gewinnung elementarer Reproduktionsgesetze zu verwenden. Ztschr. f. Psychol. Bd. 61, H. 1.

259. *Poppelreuter, W.*, Zwei elementare Gesetze des Vorstellungsverlaufes. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 159 bis 162. Leipzig, Barth.

260. *Poppelreuter, W.*, Über die Ordnung des Vorstellungsablaufes. 1. Teil. Mit 3 Figuren im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 208—349.

261. *Prandtl*, Experimente über den Einfluß von gefühlsbetonten



Bewußtseinslagen auf Lesezeit und Betonung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 1 u. 2.

262. Proceedings of the British Psychological Society. British Journ. of Psychol. vol. 4, 3 u. 4.

Psychoanalytische Vereinigung siehe Wiener psych. V.

263. *Putnam, J.*, Die Bedeutung philosophischer Anschauungen und Ausbildung für die weitere Entwicklung der psychoanalytischen Bewegung. Imago 1, S. 101.

264. *Putnam, J.*, Antwort auf die Erwiderung des Herrn Dr. *Ferenczi* (Philosophie und Psychoanalyse). Imago 1, S. 527.

264 a. *Provenzal*, Sonno e Sogni. Note di Psicologia introspettiva. Rivista di Psicologia 8, 3.

265. *Robbe, L.*, and *Washburn, M. F.*, The Affective Values of articulate Sounds. Minor Studies from the Psychological Laboratory of Vassar College. XX. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 4, p. 579—583.

266. *Rank, O.*, „Alraune" von *Hans Heinz Ewers*. Imago 1, S. 538.

267. *Rank, O.*, Die Symbolschichtung im Wecktraume und ihre Wiederkehr im mythischen Denken. Jahrb. f. psychoanalytische und psychopathol. Forschungen. Bd. 4, S. 51—115.

268. *Rank, O.*, Der Wert des Griseldafabel. Imago 1, H. 1. 15 S.

269. *Rank, O.*, „Einsam unter den Menschen" v. Wilh. Jensen. Imago 1, S. 537.

270. *Rank* und *Sachs*, Entwicklung und Ansprüche der Psychoanalyse. Imago 1, H. 1.

271. *Rank, O.*, Intuitive Psychoanalyse. Imago 1, S. 204.

272. *Rank, O.* (Wien), Übersicht der bisherigen Leistungen der auf die Geisteswissenschaften angewandten Psychoanalyse. Imago 1, S. 91.

273. *Rank, O.*, Zur symbolischen Bedeutung der Ziffern. Imago 1, S. 402.

274. *Rauschburg, P.*, Neuere Untersuchungen über die Hemmung gleichzeitiger Reizwirkungen. Bericht üb. d. V. Kongreß f. exp. Psychol., S. 126—133. Leipzig-Barth.

275. *Read*, The Function of Relations in Thought. British Journ. of Psychol. vol. 4, 3 u. 4, 44 p.

276. *Ribot*, *Th.*, Le rôle latent des images matrices. Revue Philos. Jahrg. 37, no. 3, 20 p.

277. *Ribot*, *Th.*, Les mouvements et l'activité inconsciente. Revue Philos. vol. 37, fasc. 7.

278. *Richter*, Statistische Erhebung über die Ideale von Volksschulkindern. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik, Jahrg. 13 H. 2—5, 13 S.

279. *Rieffert*, *J.*, Über Objektivierung und Subjektivierung von Sinneseindrücken. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 245—247. Leipzig, Barth.

280. *Rignano*, *E.*, Von der Aufmerksamkeit. I. u. II. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 267—311.

281. *Röthlein*, The Relative Legibility of Different Faces of Printing Types. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1, 36 p.

282. *Rollet*, *H.*, Über ein subjektives optisches Phänomen bei der Betrachtung gestreifter Flächen. Ztschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 46, H. 4, 27 S.

283. *Rosenberg*, *M.*, Die Erinnerungstäuschungen „der reduplizierenden Paramnesie" und des „déjá vu", ihre klinische Differenzierung und ihre psychologischen Beziehungen zueinander. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 1, H. 4, 42 S.

284. *Rosenstein*, *G.*, Eine Kritik. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, 2. Hälfte, S. 741—798. Leipzig-Wien.

285. *Rosenberg*, *M.*, Zur Pathologie der Orientierung nach rechts und links. Ztschr. f. Psychol. Bd. 61, H. 1, 36 S.

286. *Rothmann*, *M.*, Über die Sinnesfunktionen des großhirnlosen Hundes. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 256—260. Leipzig, Barth.

287. *Rubin*, *E.*, Beobachtungen über Temperaturempfindungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 6, S. 388.

288. *Rupp*, *H.*, Systematische Übersicht der Eigenschaften des Gedächtnisses. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 211 bis 216. Leipzig, Barth.



289. *Ruttmann*, Sammelreferat über die Psychologie des Zeichnens. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädagogik Bd. 13, H. 7/8.

290. *Sadger*, *J.*, Von der Pathographie zur Psychographie. Imago Jahrg. 1, H. 2, 18 S.

291. *de Sanctis*, *S.*, I Metodi della Psicologia Moderna. Rivista di Psicologia Anno VIII, no. 1, 15 p.

292. *Sanford*, *E. C.*, The Function of the Several Senses in the Mental Life. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1 p. 59—74.

293. *Sanford*, *E. C.*, Methods of Research in Education. The Journ. of Educational Psychol. vol. 3, no. 6, 13 p.

294. *Sargent*, Problems in the Experimental Pedagogy of Drawing. The Journ. of Educational Psychol. vol. 3, no. 1—5, 13 p.

295. *Sartorius*, *H.*, Der Gefühlscharakter einiger Akkordfolgen und sein respiratorischer Ausdruck. Mit 1 Figur im Text und 2 Tafeln. Psychol. Studien (*Wundt*) Bd. 8, H. 1, S. 1—45.

296. *Schilder*, *P.*, Über autokinetische Empfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 36—77.

297. *Schumann*, *F.*, Untersuchungen über die Wahrnehmung der Bewegung durch das Auge: 1. *Woldemar Lasersohn*, Kritik der hauptsächlichsten Theorien über den unmittelbaren Bewegungseindruck. Ztschr. f. Psychol. Bd. 61, H. 2—4, 41 S.

298. *Schumann*, *F.*, Über einige Hauptprobleme der Lehre von den Gesichtswahrnehmungen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 179—183. Leipzig, Barth.

299. *Sel*-, *O.*, Experimentelle Untersuchungen über den Verlauf determinierter intellektueller Prozesse. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 229—234. Leipzig, Barth.

300. *Shepherd*, The Discrimination of the Articulate Sounds by Cats. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 3, 3 p.

301. *Silberer*, *H.*, Spermatozoenträume. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forsch. Bd. 4, S. 141—161.

302. *Smith*, *E. M.*, Some Observations concerning Coleur Vision in

Dogs. British Journ. of Psychol. vol. 5, fasc. 2, 84 p.

303. *Sommer, R.*, Über die Methoden der Intelligenzprüfung. Klinik f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. VII, H. 1, 21 S.

304. *Southard*, Psychopathology and Neuropathology: The Problems of Teaching and Research contrasted. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 2, 6 p.

305. *Spearman, C.*, und *Hart, B.* (Landau), Die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 139. Leipzig, Barth.

306. *Spearman, C.*, Der Beobachtungsfehler in der Korrelationslehre. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. 6, H. 1, 4 S.

307. *Sperber* (Upsala), Über den Einfluß sexueller Momente auf Entstehung und Entwicklung der Sprache. Imago Jahrg. 1, S. 405.

308. *Spielrein, S.*, Die Destruktion als Ursache des Werdens. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 4, S. 465. Leipzig-Wien.

309. *Steckel, W.*, Der Zweifel. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 4, H. 6, S. 332—355.

310. *Stefanescú-Goanga*, Experimentelle Untersuchungen zur Gefühlsbetonung der Farben. Psychol. Studien (*Wundt*) Bd. 7, H. 4 u. 5.

311. *Steinach*, Willkürliche Umwandlung von Säugetiermännchen in Tiere mit ausgeprägt weiblichen Geschlechtscharakteren und weiblicher Psyche. Eine Untersuchung über die Funktion und Bedeutung der Pubertätsdrüsen. Pflügers Archiv Bd. 144, H. 3 u. 4.

312. *Stekel, W.*, Die Träume der Dichter. Eine vergleichende Untersuchung der unbewußten Triebkräfte bei Dichtern, Neurotikern und Verbrechern. Wiesbaden, Bergmann. 252 S.

313. *Stern, W.*, Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung. Bericht über den V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 1—109. Leipzig. (Auch separat.) (S. 70*.)



313 a. *Stern*, *W.*, Künstlerische Plastik eines Blinden. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. 6, H. 1.

314. *Stevens* and *Ducasse*, The Retina and Righthandedness. The Psychol. Review vol. 19, no. 1.

315. *Störring*, *G.*, Experimentelle Beiträge zur Lehre von den Bewegungs- und Kraftempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 177—188.

316. *Stratton*, *G.*, Visual Space. The Psychol. Bull. vol. 9 no. 7, 5 p.

317. *Sturm*, *B.*, Gegen *Weininger*, Ein Versuch zur Lösung des Moralproblems. Wien und Leipzig, W. Braumüller.

318. *Suter*, *J.*, Die Beziehung zwischen Aufmerksamkeit und Atmung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 25, S. 79—150. (S. 318*.)

319. *Teslaar*, *J. S. v.*, Psychoanalysis: A Review of Current Literature. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 2, p. 115.

320. *Titchener*, *E. B.*, Description vs. Statement of Meaning. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 2, 18 p.

321. *Titchener*, *E. B.*, Memory and Imagination: a Restatement. The Psychol. Review vol. 19, no. 2, 6 p.

322. *Titchener*, *E. B.*, Prolegomena to a Study of Introspection. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 3.

322 a. *Titchener*, *E. B.* The Psychology of the New Britannica. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1, p. 37—58.

323. *Titchener*, *E. B.*, Lehrbuch der Psychologie. Übersetzt von *O. Klemm.* Zweiter Teil, mit 21 Figuren. 561 S. Leipzig 1912, Barth. (S. 64*.)

324. *Titchener*, *E. B.*, The Schema of Introspection. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 4, p. 485—508.

325. *Trömmer*, *E.*, Das Problem des Schlafs. Biologisch und psychophysiologisch betrachtet. Grenzfr. d. Nerv.- u. Seelenlebens 84. 88 S. Wiesbaden 1912, Bergmann. (S. 72*.)

326. *Uebele*, Johann Nicolaus Tetens nach seiner Gesamtentwicklung, betrachtet, mit besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses zu Kant. Unter Benutzung bisher unbekannt ge-



bliebener Quellen. Kant-Studien, Ergänzungshefte, Nr. 24 —27.

327. Übersicht der bisherigen Leistungen der auf die Geisteswissenschaften angewandten Psychoanalyse. Imago Jahrg. 1, H. 1, 9 S.

328. *Uhlmann*, Über Ermüdung willkürlich oder elektrisch gereizter Muskeln. Aus Pflügers Archiv Bd. 146, H. 1—12, 26 S.

329. *Urban, F. M.*, A Remark on the Legibility of Printed Types. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 3, 3 p.

330. *Urban, F. M.*, Hilfstabellen für die Konstanzmethode. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 236.

331. *Valentini*, Psychological Theories of the Horizontal-Vertikal Illusion. The British Journ. of Psychose vol. 5, Part 1, 28 p.

332. *Vértes, O.*, Das Wortgedächtnis im Schulkindesalter. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 1 u. 2, S. 18.

333. *Vierkandt*, Das Zeichnen der Naturvölker. Mit 22 Figuren. Ztschr. f. angewandte Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. VI, H. 4, 75 S.

334. *Vogt, O.*, Die neuen allgemeinen Feststellungen der Rindenarchitektonik und ihre physiologische Bedeutung. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 247—256. Leipzig, Barth.

Vold siehe *Mourly-Vold.*

335. *Wallin*, Experimental Studies of Rhythm and Time. The Psychol. Review vol. XIX, no. 4.

336. *Weber-Parkes, F.*, Über die Verbindung von Hysterie mit Täuschungssucht und die philogenetische Auffassung der Hysterie als eine pathologische Steigerung (oder Erkrankung) tertiärer (nervöser) Geschlechtscharaktere. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 63.

337. *Weld*, An Experimental Study of Musical Enjoyment. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 2.

338. *Wells, F. L.*, The Relation of Practice to Individual Differences. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1, 14 p.



339. *Wells, F. L.*, The Question of Association Types. The Psychol. Review vol. XIX, no. 4, 18 p.

339 a. *Wells, F. L.*, The Relation of Practice to Individual Differences. The American Journ. of Psychol. vol. 23, no. 1, p. 75—88.

340. *Wertheim, Salomonson*, Das Registrieren von Vokalkurven mit dem Oszillographen. Pflügers Archiv Bd. 144, H. 5—12. 16 S.

341. *Wertheimer, M.*, Über das Denken der Naturvölker. I. Zahlen und Zahlengebilde. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, S. 321—379. (S. 70*.)

341 a. *Wertheimer, M.*, Über experimentell-psychologische Analyse einiger hirnpathologischer Erscheinungen. V. Kongreß f. exp. Psychologie Berlin 1912. S. 188. Leipzig, Barth.

342. *Wertheimer, Max*, Experimentelle Studien über das Sehen von Bewegung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 61, H. 2—4, 105 S.

343. *Westphal, W.*, Untersuchung der sphygmographischen und pneumographischen Symptome bei Wahlreaktionen. Mit 1 Figur im Text und 1 Tafel. Psychol. Studien (*Wundt*) Bd. 8, H. 1, S. 46—72. (S. 343*.)

344. *Whipple, G. M.*, Psychology of Testimony and Report. The Psychological Bull. vol. 9, no. 7, 5 p.

345. *Willis, G. A.*, und *Urban, F. M.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der psychometrischen Funktionen im Gebiete der Gewichtsempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, S. 40—46.

345 a. *Wichodzew*, Zur Kenntnis des Einflusses der Kopfneigung zur Schulter auf die Augenbewegungen. Mit 5 Abbildungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 6, S. 394.

346. Wiener psychoanalytische Vereinigung (14 Beiträge zu einer Diskussion): Die Onanie. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

347. *Winch*, Mental Fatigue in Day School children as measured by Immediate Memory. The Journ. of Educational Psychol. vol. 3, no. 1—5 u. British. Journ. of Psychol. 4, H. 3 u. 4.

348. *Wirth, W.*, Psychophysik. Darstellung der Methoden der experimentellen Psychologie. R. Tigerstedts Handbuch der physiologischen Methodik Bd. 5, Abt. 5. Leipzig, Hirzel. (S. 65*.)

349. *Wirth, W.*, Ein einheitliches Präzionsmaß der Urteilsleistung bei der Methode der drei Hauptfälle und seine Beziehung zum mittleren Schätzungswert. Mit 1 Figur im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 141.

350. *Wirth, W.*, Die Kontrolle der Reaktionsweise. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 144—148. Leipzig, Barth.

351. *Wirth, W.*, Zur erkenntnistheoretischen und mathematischen Begründung der Maßmethoden für die Unterschiedsschwelle. (Kritische Betrachtungen über *F. M. Urbans* Behandlung der Methode der ebenmerklichen Unterschiede und *G. F. Lipps* Verwertung der Gleichheitsfälle.) Mit 7 Figuren im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, S. 276.

352. *Wohlgemuth, A.*, Über die Richtung der Assoziationen. V. Kongreß f. exp. Psychol. Berlin 1912. S. 284—286. Leipzig, Barth.

353. *Woodworth, R. S.*, and *Wells, F.*, Association Tests. Psychol. review publications vol. 8, no. 5.

354. *Woodworth, R.*, Combining the Results of several Tets: A Study in statistical Method. The Psychol. Review vol. 19, no. 2, 27 p.

355. *Wundt, W.*, Elemente der Völkerpsychologie. Grundlinien einer psychologischen Entwicklungsgeschichte der Menschheit. Leipzig 1912, Kröner. (S. 65*.)

356. *Zahn, Alf.*, Über die Helligkeitswerte reinen Lichtes bei kurzen Wirkungszeiten. Ztschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 46, S. 287.

357. *Zergiebel*, Der Einfluß des Großstadtmilieus auf das Schulkind. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Psychol. Bd. 13, H. 6, 12 S.

358. *Zergiebel*, Tetens und sein System der Psychologie. Ztschr. f. Philosophie u. Pädagogik Jahrg. 19, H. 4—8.

Von zusammenfassenden Darstellungen der Psychologie usw. seien genannt: der 2. Band von *Titcheners* P s y c h o l o g i e (323), der dieses (von *Klemm* sehr gut übersetzte) für den Anfänger recht geeignete Buch abschließt; der treffliche



kleine Abriß von *Ebbinghaus* (80) ist für die neue Auflage von *Dürr* durchgesehen und verbessert; *Wirth* hat in seiner Psychophysik (348) eine umfassende Darstellung der Methoden gegeben, *Natorp* (237) in seiner Allgemeinen Psychologie (1. Teil) prinzipielle Erörterungen, die über die logischen Grundlagen der psychologischen Forschung Klarheit schaffen sollen. Prinzipielle Diskussionen enthält auch die Arbeit von *Anschütz* (11). Einen sehr brauchbaren Studienführer durch die philosophische Literatur hat *Herbertz* veröffentlicht (136). *Wundt* (355) hat in einem knappen Abriß der Völkerpsychologie Grundlinien einer psychologischen Entwicklungsgeschichte der Menschheit zu geben versucht. Das Problem der Willensfreiheit behandelt *Lipps* (185).

Zur Psychologie der Sinneswahrnehmung und der räumlichen Gestalterfassung seien die Arbeiten von *Benussi* (34), *Bühler* (60), *Jaensch* (149b), *Kiesow* (162ff.), *W. Köhler* (171), *Martin* (198), *G. E. Müller* (228), *Linke* (184a) genannt. Über Unterschiedsschwellen im Sehfeld bei wechselnder Aufmerksamkeitsverteilung berichtet *Lorenz* (185b). Genaueres über Aufmerksamkeit und Auffassung bringen auch die folgenden Arbeiten.

Zur Frage der Gestaltqualitäten nimmt *Höfler* (144) in einem Aufsatz über Gestalt und Beziehung, Gestalt und Anschauung Stellung. Seine Thesen sind: Gestalt und Anschauung sind korrelativ, Gestalt ist nicht Beziehung. Dabei versteht er unter Anschauung nur den Gestalterfassungsakt, nicht den Gestaltungsakt, die Gestaltproduktion.

Interessante Versuchsergebnisse zum Problem des Gestalterfassens berichtete *Bühler* (60). Er konnte durch Gestaltveränderung von Rechtecken feststellen, daß wir die Längen proportion zweier Raumstrecken unter gewissen Umständen schärfer zu erfassen vermögen als diese Längen selbst. So ist die „Schlankheitsschwelle" eines Rechtecks unter bestimmten Bedingungen niedriger als die Unterschiedsschwelle für die Wahrnehmung der Längenänderung der variierten größeren Rechtecksseite. Auch auf dem Gebiete der Zeitanschauung konnte Analoges gezeigt werden.

Auffassungs- und Merkversuche an Gesunden und Kranken hat *Mikulski* (in Anlehnung an die früheren von *Finzi*, *Wolfskehl* usw. angestellten Untersuchungen) mit einem Pendeltachistoskop ausgeführt (219), seine Ergebnisse sind:

Die Zahl der unter den gegebenen Versuchsbedingungen überhaupt aufgefaßten Buchstaben schwankte in weiten Grenzen, betrug jedoch durchschnittlich bei den Gesunden mehr als 3, bei den Kranken weniger als 3 auf einer Karte von 9 Buchstaben.

Gesunde Personen faßten durchschnittlich 3 und mehr Buchstaben richtig auf, während dies bei den Kranken nur ausnahmsweise vorkam.

Die höchste Auffassungsleistung bildeten für die Gesunden im allgemeinen bei Auffassungsversuchen 6, bei Merkversuchen 7 Buchstaben, doch kamen einzelne Versuche vor, bei denen sogar alle 9 Buchstaben angegeben wurden. Die sehr selten erreichte Höchstleistung bei Kranken betrug 6 Buchstaben.



Die Höchstzahl der richtig aufgefaßten Buchstaben betrug für die Gesunden 6, in einzelnen Fällen 7 und 8; bei den Kranken 5, nur einmal 6.

Die Mindestzahl der aufgefaßten Buchstaben betrug 0, und zwar in 74 Fällen. bei Kranken; nur in 10 Fällen bei Gesunden.

Bei den Merkversuchen brachten sowohl Gesunde wie Kranke fast immer mehr Gesamtangaben vor als bei den Auffassungsversuchen; die Fehler pflegten aber stärker zuzunehmen als die richtigen Wahrnehmungen. Die Unsicherheit nahm in der Regel zu.

Die Prozentzahl der unsicheren Angaben war bei den Gesunden auffallend höher als bei den Kranken.

Das Gefühl der Sicherheit war bei den Gesunden zuverlässiger als bei den Kranken.

Für die einzelnen Versuchspersonen war die Zahl der überhaupt aufgefaßten und das Verhältnis der richtig erkannten Buchstaben, ferner der Prozentsatz der sicheren Wahrnehmungen und endlich der Anteil der richtigen Auffassungen unter den sicheren wie unter den unsicheren in hohem Grade kennzeichnend.

Interessante Versuche zum Mechanismus der Auffassung an Gesunden und Kranken hat *Kronfeld* (177) angestellt. Er suchte vor der Exposition von Worten und Figuren Konstellationen dadurch zu schaffen, daß er Assoziationsreizworte einwirken ließ und erhielt so charakteristische Ergebnisse. Er glaubt aus seinen Ergebnissen einen „normalen", „psychopathischen" (Selbstkonstellationen) „kritischen", „manischen" (exogene Konstellation) und refraktären Typus unterscheiden zu können. Für Genaueres muß auf die Arbeit verwiesen werden.

Rudolf Feilgenhauer (86)veröffentlicht beachtenswerte Untersuchungen über die Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung. Das Verfahren war das von *Külpe* angegebene, bereits von *Pauli* angewandte, welches in entsprechender Modifikation für die Untersuchung der Aufmerksamkeit gegenüber verschiedenen Sinnesreizen benutzt wurde. Das Prinzip besteht darin, daß zwei oder mehr Reize in variablen Abständen dem Beobachter dargeboten werden. Die Vp. hat die Aufgabe, nach Auffassung des ersten Eindrucks die Aufmerksamkeit so schnell als möglich dem folgenden zuzuwenden. Drei Fälle können nun eintreten: Der zweite Eindruck erscheint während der Auffassung des ersten; die Auffassung des ersten ist schon abgeschlossen, der zweite wird erwartet; dazwischen der Fall der „Gleichzeitigkeit" von Aufmerksamkeit und Reiz, die sich darin kundgibt, daß die Vp. einen klaren und deutlichen Eindruck des zweiten sofort nach dem ersten Eindruck erhielt, ohne merkliche Pause und Erwartung. Mit diesem Verfahren erhielt *F.* unter anderem folgende Ergebnisse: Die Größe des kleinsten aktiven Aufmerksamkeitsschritts beträgt im Durchschnitt rund 300 σ. Die Grenzen der beobachteten Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung liegen bei 262 und 394 σ. Bei den verschiedenen Reizarten ergibt sich keine hervorragende Abweichung in den Werten. Der Übergang der Aufmerksamkeit von einem zum anderen Reiz ist auf demselben Sinnesgebiet ein gleitender; sie bleibt auf derselben Höhe. Bei disparaten Reizen ist er ein sprungartiger. Die Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung kann mit Willkür nicht über das angegebene Maß



beschleunigt, wohl aber verlangsamt werden. Man ist nicht imstande, die Aufmerksamkeit stets mit der größten Geschwindigkeit wandern zu lassen. Letztere hängt von der Person des Beobachters und von Disposition (Krankheit, Ermüdung) ab. Die individuellen Unterschiede der Beobachter sowohl hinsichtlich des Aufmerksamkeitsschrittes als auch in der Präzision der Beurteilung treten bei disparaten Reizen weit deutlicher hervor.

Die Vorstellungen und ihre Gesetze analysiert in umfassender Weise *Koffka* (172).

W. Frankfurter und *R. Thiele* (97) sind den Beziehungen zwischen Vorstellungstyp und sensorischer Lernweise nach vier Richtungen hin systematisch nachgegangen. Die wesentlichen Ergebnisse waren: Die Menge des behaltenen Materials war bei akustischen Versuchspersonen für die das akustische Element berücksichtigenden Einprägungsweisen am größten, die dem Typus entsprechenden Einprägungsweisen erwiesen sich also als die günstigsten. In bezug auf die subjektive Sicherheit, mit der die Reaktion erfolgte (und von der die Verfügung über den vermeintlichen bzw. tatsächlichen Gedächtnisbesitz abhängt), zeigte sich, daß die dem Sinnestyp der Vpn. entsprechenden Lernweisen die subjektiv sichersten Reaktionen liefern. Eine Beziehung zwischen der Reaktionszeit oder der Reproduktionsbereitschaft der Gedächtnisvorstellungen und dem Sinnestyp ließ sich nicht feststellen. Die Sinnesqualität, in der die Reproduktion erfolgt, wird in erster Linie durch den Typus, in zweiter Linie, eventuell auch gegen den Typus, durch die Darbietungsweise bestimmt.

Wichtige Tatsachen zur Frage der Beziehung von Reproduktion und Wiedererkennen berichtete *G. E. Müller* (nach Versuchen von Frl. *R. Heine*) (229). *Müller* stellte die Aufgabe, zu untersuchen, ob sich die „rückwirkende Hemmung" (Störung der Lernresultate nach dem Trefferverfahren, wenn eine geistige Anspannung dem Lernvorgang unmittelbar nachfolgt) auch zeige, wenn nach der Zwischenzeit, in welcher die geistige Anstrengung gesetzt wird, nicht das aus der gelesenen Reihe Behaltene, sondern das Wiedererkennen der einzelnen Reihenglieder geprüft wird. Die Resultate widersprachen völlig dem Erwarteten. In 4 von 12 Versuchsreihen (mit 9 Vp.) ergaben die Hauptreihen und die Vergleichsreihen (d. h. Reihen ohne nachfolgende geistige Anspannung) merkbar gleiche (d. h. nicht um 1% voneinander abweichende) relative Zahlen richtiger Wiedererkennungen. In 5 Versuchsreihen war die Zahl der richtigen Wiedererkennungen für die Hauptreihen, in 3 für die Vergleichsreihen die größere. Im Durchschnitt betrug die Zahl der richtigen Wiedererkennungen für die Hauptreihen 41% für die Vergleichsreihen 39,7%. Entsprechend verhielten sich die Wiedererkennungszeiten. — Eine Nachprüfung der *Müller-Pilzecker*schen Versuche über die rückwirkende Hemmung der Reproduktion ergab dagegen eine Bestätigung der früheren Ergebnisse (relative Trefferzahl für die Hauptreihen 0,22, für die Vergleichsreihen 0,38).

Es wurden ferner Versuche gemacht, ob sich die rückwirkende Hemmung auch dann zeige, wenn man beim Trefferverfahren nicht eine ganze früher gelesene Silbe vorzeigt, sondern nur eine Teilsilbe mit der Aufgabe, sie zur vollen gelernten zu



ergänzen. Auch bei solchen Versuchen zeigte sich rückwirkende Hemmung. — Dagegen bestand auch bei Versuchen mit paarweisem Wiedererkennen die rückwirkende Hemmung nicht. Es ergibt sich also, daß die Hemmung sich zeigt, wenn es sich um die Wirksamkeit von Assoziationen handelt, bei einfachem oder paarweisem Wiedererkennen aber nicht. Hieraus schließt *Müller*, „daß das bei diesen Versuchen untersuchte Wiedererkennen nicht auf der Wirksamkeit von Assoziationen beruht. Wir haben also zwischen zwei Einprägungen zu unterscheiden, einer solchen, welche das hier in Rede stehende Wiedererkennen bedingt, und einer solchen, welche der assoziativen Verknüpfung dient. Hiermit stimmt, wie auch *Müller* betont, überein, daß in *Gregors* Untersuchungen an zwei Korsakoffkranken ein Parallelismus zwischen der Störung der Reproduktion und der des Wiedererkennens nicht festgestellt werden konnte.

Auch *Auguste Fischer* (90) kommt auf Grund ihrer Versuche über Reproduzieren und Wiedererkennen zu ähnlichen Ergebnissen. Nur daß ihre Resultate wegen ihrer Versuchsanordnung — sie ging auf die Frage der rückwirkenden Hemmung nicht ein — nicht so eindeutig sind. Sie resumiert: Es ist sicher, daß das Wiedererkennen nicht einen Reproduktionsprozeß von einem einigermaßen erheblichen Entwicklungsgrad zur Voraussetzung hat. Es läßt sich jedoch aus den Versuchen nichts erbringen, das mit der Annahme eines sehr geringen Grades von Reproduktion als notwendiger Bedingung zum Zustandekommen des Wiedererkennens unvereinbar wäre, aber auch nichts, was diese Annahme zur Erklärung unbedingt forderte. Sicher ist ferner, daß selbst wenn das Wiedererkennen an die Aktualisierung eines geringen Grades von unterschwelliger Reproduktion notwendig gebunden sein sollte, diese doch nicht das einzige ausschlaggebende Moment für das Wiedererkennen sein kann, vielmehr noch einer oder mehrere andere wesentliche Faktoren daran beteiligt sein müssen.

Praktische Verfahrungsweisen zur Untersuchung der Auffassung, Merkfähigkeit, des Wiedererkennens und des Gedächtnisses hat *Bischoff* (44, 44 a) im Anschluß an die Angaben *Vieregg/e*s ausgearbeitet. *F. Peters* (245) hat diese Methoden an einer Reihe von Kranken erprobt.

Paula Meyer gibt umfassende Untersuchungen „über die Reproduktion eingeprägter Figuren und ihrer räumlichen Stellungen bei Kindern und Erwachsenen“ (214). Es wurden Serien einfacher Figuren in verschiedenen Stellungen gezeigt, zu jeder Figur wurde eine sinnlose Silbe bzw. ein Wort gesprochen. Die Vorführungszahl betrug 2—11. Geprüft wurde nach dem Trefferverfahren, indem jeweils auf Darbietung des Worts (Silbe) die zugehörige Figur aus dem Gedächtnis gezeichnet werden mußte. Besondere Anordnungen (Röhren, Brillen) ermöglichten besondere Versuchsreihen, in denen die gezeigten Objekte aus der Umgebung isoliert werden konnten. Aus den Resultaten sei herausgehoben: Kinder — die von 7 Jahren ab zu den Versuchen brauchbar waren — haben eine größere Neigung, Lagefehler zu begehen, als Erwachsene. Spiegelbilder wurden häufiger gezeichnet als Vertauschungen von oben und unten vorkamen. Noch seltener wurden gegensinnige Spiegelbilder gezeichnet. Bei der Wiedergabe der Figuren spielten Größenfehler



eine bedeutende Rolle. Kinder lieferten mehr Verkleinerungen und weniger Vergrößerungen als Erwachsene. Hinsichtlich der Tendenzen zur Verkleinerung und Vergrößerung kamen sehr erhebliche individuelle Differenzen vor. Das Einprägen und Behalten der Lagen erwies sich als durch sichtbare Objekte der Umgebung nicht gefördert. Bewirkt man durch geeignete Vorrichtungen, daß bei der Wahrnehmung der Figuren Gegenstände der Umgebung, die als Anhaltspunkte für die Beurteilung der Lage dienen könnten, nicht gesehen werden, so wird infolge der besseren Konzentration der Aufmerksamkeit die Lage der Figuren sogar besser behalten als sonst. Dagegen wurde die Größe unter diesen Bedingungen etwas schlechter behalten. Größere Figuren werden (innerhalb gewisser Grenzen) wegen ihrer größeren Eindringlichkeit sowohl ihrer Form als auch ihrer Lage nach besser behalten als kleinere. Wird die Stellung, welche die Ebene der Figur zur Vp. besitzt, bei den Versuchen variiert, so ist die Art, wie die Figurenstellung eingeprägt wird, je nach dem Typus der Vp. sehr verschieden. Die Vorführungsstellung (Nullstellung) war hinsichtlich der Treffer wie der falschen Nennungen sehr bevorzugt, so lange sie im normalen Blickfeld frontalparallel und senkrecht zur Blickrichtung war.

Über den Einfluß von Gefühlsfaktoren auf die Assoziationen hat *Birnbaum* (43) eingehendere Untersuchungen gemacht. Der Plan seiner Arbeit war, an einer größeren Zahl von Fällen festzustellen, ob affektive Momente überhaupt Veränderungen an den Assoziationen hervorrufen und inwieweit diese Veränderungen für die affektive Besonderheit der Krankheitsformen und Zustände irgendwie Charakteristisches darbieten.

Die Versuchsordnung enthielt drei Reizwortgruppen: 1. indifferente; 2. allgemeingefühlsbetonte, d. h. solche, welchen für die meisten Menschen eine ihrem bedeutsamen Inhalt entsprechende Gefühlsbetonung zukommt; 3. individuell betonte, die sich auf persönliche Verhältnisse, Erlebnisse usw. bezogen und jedesmal neu zusammengestellt wurden. Die Zeitmessungen geschahen mit der Stoppuhr. Als Zeichen für die mittlere Reaktionszeit wurde das „wahrscheinliche Mittel" genommen; es wurde nur bei bestimmten Anlässen genauer über die Reaktion gefragt und nicht „gedeutet".

Bei Normalen wurde festgestellt, daß Reaktionen auf gefühlsbetonte Reizworte sich weder in bezug auf die Reaktionszeit noch auf ihren Inhalt wesentlich von den Reaktionen auf indifferente Reizworte unterscheiden, daß es daher im allgemeinen auch nicht gelingt, durch feststehende, nicht für den besonderen Fall besonders zusammengestellte gefühlsbetonte Reizworte eine größere Zahl von gefühlsbetonten Reaktionen hervorzurufen; die Gefühlsbetonung des Reizwortes übt beim Normalen also nur ausnahmsweise affektive Wirkungen auf die Reaktion aus.

Bei Hysterischen erfolgten gefühlsbetonte Reaktionen eher auf allgemeingefühlsbetonte als auf indifferente Reizworte; vor allem aber bei individuell betonten, bestimmten Vorstellungskreisen der Versuchspersonen entstammenden Reizworten. Vorreize, welche vor dem Versuch die gefühlsbetonten Vorstellungskreise, welchen die Reizworte entnommen waren, anzuregen suchten, ließen bis-

weilen eine deutliche Beeinflussung der Reaktionen besonders auf individuell betonte Reizworte hervortreten.

Bei Kranken mit wahnhaften Vorstellungskreisen traten entsprechende gefühlsbetonte Reaktionen besonders auf individuell betonte Reizworte auf.

Die Ergebnisse des Versuches bei Kranken mit „melancholischer Verstimmung" waren: Verlängerung der Reaktionszeit (auch bei indifferenten Reaktionen), Steigerung bis zu Fehlreaktionen (Hemmung); Dürftigkeit und Einförmigkeit der Reaktionen; Zunahmen der gefühlsbetonten Reaktionen speziell bei gefühlsbetonten Reizworten; depressive Färbung der gefühlsbetonten Reaktionen, auch bei lustbetonten Reizworten; mangelhafte Beeinflußbarkeit der Reaktionen durch gefühlsbetonte Vorreize und individuell betonte Reizworte.

Bei psychogenen und hysterischen Verstimmungen trat wie bei melancholischen die Tendenz zur Verlängerung der Reaktionszeit und zu depressiv gefärbten Reaktionen auf allgemein gefühlsbetonte Reizworte hervor.

Von den melancholischen Reaktionen unterscheidend, wirkten folgende Momente:

Die Mannigfaltigkeit der Vorstellungen war größer; die Zahl der fernliegenden Antworten war vermehrt; die Reaktionsinhalte waren nicht so schwer depressiv, alle möglichen persönlichen Interessen traten in ihnen zutage; Entgleisungen ins Lustbetonte kamen vor; die leichte Ablenkung auf das eigene Ich war charakteristisch. Verfasser glaubt nach seinen Resultaten der Zusammenstellung von Reizwortsammlungen, welche neben indifferenten Reizworten allgemein gefühlsbetonte verschiedenster Gebiete enthalten, das Wort reden zu dürfen. Aufstellungen individuell betonter Reizworte würden dann meist überflüssig.

Zur Frage der Intelligenz und der Intelligenzprüfungen liegt das schöne Referat von *W. Stern* (313) vor. Über die Entwicklung der Abstraktion bei Schulkindern hat *Bühler* nach eigenen Versuchen berichtet (59). Vom Denken der Naturvölker handelt *Wertheimer* (341).

Untersuchungen über die Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens hat im Anschluß an Gedanken *Marbes Dauber* angestellt (72). Nach seinen Forschungen zeigt sich diese Gleichförmigkeit unter anderem auch darin, daß die der Bevölkerungsstatistik widersprechenden Altersangaben auf alten römischen Grabschriften eine auffällige Übereinstimmung mit den Altersangaben bei amerikanischen Volkszählungen des 19. Jahrhunderts aufweisen. Gleichfalsche, d. h. übereinstimmende und unrichtige Aussagen lassen sich in weitestem Umfang aus der Literatur zur Psychologie der Aussage und aus Gerichtsfällen nachweisen, wie *D.* an solchen Zusammenstellungen demonstriert. In eigenen Versuchen zeigt *D.* den Einfluß der Gewohnheit und Geläufigkeit auf die Entstehung gleichfalscher Aussagen. Außerdem konnte er feststellen: Die ganz oder gruppenweise zusammenfallenden falschen Antworten sind häufiger als die unter sich verschiedenen falschen Antworten. Die in einem bestimmten Sinne falschen Antworten sind bei einer Reihe von Fragen häufiger als die richtigen Antworten. Die richtige Antwort ist öfters

seltener als irgendeine von mehreren Vp. gegebene falsche Antwort. Weitere Besonderheiten zeigten Ergebnisse von Untersuchungen über Zeitschätzungen. Diese offenbarten, daß die Antworten auf Zeitschätzungsfragen mehr falsch ausfielen und mehr Fälle, in denen die Antwort ausblieb, hatten, als die Antworten auf andere Fragen. Ferner zeigten die ganz oder gruppenweise übereinstimmenden falschen Antworten bei den Zeitschätzungen eine größere Häufigkeit als bei anderen Fragen. Auf die Frage, wie weit ein Ereignis zurückliegt, traten bei kürzeren Zeitstrecken (¼—1¾ bzw. 0—5 Jahre) die Überschätzungen stärker hervor als die Unterschätzungen, während bei längeren Zeitstrecken (3 und 10 bzw. 6—20 Jahre) die Unterschätzungen stärker hervortreten. Auf die Frage, wieweit ein Ereignis zurückliegt, traten bei kürzeren Zeitstrecken mehr richtige Schätzungen auf als bei längeren Bei den Schätzungen von Zeitstrecken zwischen 0 und 20 Jahren wuchs der absolute Schätzungsfehler mit den zu schätzenden Zeitstrecken, mag es sich dabei um Über- oder Unterschätzungen handeln. Hingegen nahm der mittlere relative Schätzungsfehler der Über- und Unterschätzungen mit Anwachsen der zu schätzenden Zeiten ab. Der durchschnittliche Fehler bei den ganz oder gruppenweise übereinstimmenden falschen Schätzungen ist kleiner als bei den vereinzelt auftretenden Schätzungen. — Die praktische Bedeutung der Versuche ist offenbar beträchtlich, insbesondere der Nachweis, daß die am meisten übereinstimmenden Aussagen vieler Personen über denselben Gegenstand vielfach falsch sind, während oft vereinzelte Aussagen weniger Personen über denselben Gegenstand das Richtige treffen (195).

Fortlaufende Arbeit und Willensbetätigung behandelt eine Studie von *Andreas Hillgruber* (139). Der Autor hat gegenüber den Untersuchungsmethoden, bei denen die zu leistende Arbeit in das Belieben der Versuchsperson gestellt ist (wie z. B. bei der Methode *Kraepelins*), eine „passive, kontinuierliche Methode“ benutzt, bei welcher, unabhängig von der Versuchsperson in der gleichen Zeit gleicher Arbeitsstoff geboten wird. In Anlehnung an von *Ach* ausgebildete und in diesen Berichten geschilderte Methoden zur Untersuchung des Willensablaufs, bestand *Hillgrubers* Verfahren darin, daß fortlaufende Reihen von sinnlosen Wörtern zu unterbrochenen gleichartigen Tätigkeiten geboten und die erzielten Reaktionszeiten registriert wurden. Eine gewisse Schwierigkeit wurde dadurch erreicht, daß der Tätigkeit ein geringer, aus der Perseveration eben bewußt gewesener Vorstellungen herrührender Widerstand gesetzt wurde. Es wurden sinnlose Worte laut gelesen, nach dem Lesen mußte der erste und letzte Konsonant umgestellt werden (z. B. tudap—pudat). Die Zeit zwischen dem zweimaligen Sprechen wurde registriert, wobei die *Ach*sche Anordnung der Serienmethode für Reaktionsversuche (3) benutzt wurde. Drei verschiedene Geschwindigkeiten in der Aufeinanderfolge der Wörter bei der Darbietung wurden gewählt, wobei die größere Geschwindigkeit im Sinne einer Erhöhung der Schwierigkeit der auszuführenden Tätigkeit wirkte.

Die Ergebnisse sind, infolge der verschiedenen Versuchsanordnung, von den mit anderen (nicht passiven) Methoden gewonnenen erheblich verschieden. Das hervorstechendste Resultat der Untersuchungen ist, daß die Zeiten, in denen die Aufgabe erfüllt wird, sich mit der Schwierigkeit der Aufgabe (kürzere Zeit der Darbietung) verkürzen. Verfasser bezieht diese Erscheinung darauf,



daß die zunehmende Schwierigkeit, das Motiv zu stärkerer Willensanspannung bzw. Aufmerksamkeitskonzentration ist. Außerdem wird durch dasselbe Moment die Reaktionszeit regelmäßiger (quantitative Besserleistung). Übung und Ermüdung kommen, wie Verfasser meint, in der Reaktionszeit nicht unmittelbar zum Ausdruck, vielmehr bezieht er Schwankungen der Dauer der Arbeit (Reaktionszeit) fast durchweg auf die erhöhte bzw. herabgesetzte Willensanspannung, so daß mittelbar auch Ermüdung und Übung auf die Reaktionszeit einwirken, die Ermüdung eine stärkere Willensanspannung und damit Verkürzung der Reaktionszeit, die Übung infolge der Erleichterung ein Nachlassen der Willensanspannung und damit Verlängerung hervorruft. In der Qualität der Arbeit (Lesefehler, Umstellungsfehler) treten Übung, Ermüdung, Gewöhnung stärker hervor, indem der Einfluß der Übung im allgemeinen zu einer qualitativen Besserleistung führt. Individuelle Verschiedenheiten, die in den Versuchsergebnissen zutage treten, glaubt *H.* im Sinne der Temperamentslehre *Achs* (Unterschiede der „determinierenden Veranlagung") erklären zu können. Auch zum Verständnis des Verhaltens bei Haupt- und Nebenaufgabe glaubt *H.* aus seinen Resultaten Anhaltspunkte zu haben. Auch hier findet er eine Bestätigung seines Schwierigkeitsgesetzes, nach dem die Hauptaufgabe als die schwierigere eine Verstärkung der Willensanspannung und dementsprechende Resultate bewirkt. Verfasser bezeichnet seine Arbeit selbst als ein Fragment. Sie ist jedoch wegen des neuen methodischen Versuchs der Beachtung wert.

Gleichfalls eine Fortführung der Untersuchungen *Achs* ist die Arbeit von *Gläßner* über Willenshemmung und Willensbahnung (109). Sie bringt im wesentlichen Bestätigungen und Erweiterungen der Behauptungen *Achs* über reproduktiv determinierende Hemmung und Bahnung, über Hemmung und Bahnung durch Perseverationen, über gegenseitige Beziehungen zwischen Hemmungen und Bahnungen und anderes mehr.

Interessante Angaben zur Frage der Stellungnahme der Arbeiter zu ihrer Tagesarbeit hat *Levenstein* (183) einer Enquête entnommen und als einen sehr berücksichtigenswerten Beitrag zur Arbeiterfrage zusammengestellt.

Zur Beziehung zwischen Aufmerksamkeit und Atmung konstatierte *Jules Suter* (318), der verschiedene Aufmerksamkeitszustände untersuchte: in der Regel eine Verkleinerung der Inspirationsdauer, ausnahmslos eine Verlängerung der Exspirationsdauer, dementsprechend eine Verkleinerung des Quotienten I : E. Ferner vergradet sich die Form der Inspiration und Exspiration und werden die Übergänge spitzer.

Die sphygmographischen und pneumographischen Symptome bei Wahlreaktionen hat *W. Westphal* (343) studiert. Er glaubt — wie andere Forscher aus der Schule *Wundts* —, die emotionale Willenstheorie *Wundts* aus den festgestellten Affektsymptomen bestätigt gefunden zu haben.

Über Schlaf und Traum liegen neue Arbeiten vor. Genannt seien der zweite Teil der eingehenden Untersuchungen von *Mourly-Vold* (223), die systematischen Beobachtungen von *P. Köhler* (170), die sich an die früher referierten Untersuchungen *Hackers* anschließen, und eine Abhandlung von *Trömner* (325).



3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

1. *Abderhalden*, *E.* (Halle a. S.), Fortschritte der naturwissenschaftlichen Forschung. Bd. 6. Berlin-Wien. Urban u. Schwarzenberg. 300 S. 15 M.
2. *Abderhalden*, *E.* (Halle a. S.), Ausblicke über die Verwertbarkeit der Ergebnisse neuerer Forschungen auf dem Gebiete des Zellstoffwechsels zur Lösung von Fragestellungen auf dem Gebiete der Pathologie des Nervensystems. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 2252 (S. 133*.)
3. *Abderhalden*, *E.*, und *Weil*, *A.*, Vergleichende Untersuchungen über den Gehalt der verschiedenen Bestandteile des Nervensystems an Aminosäuren. Hoppe-Seylers Ztschr. f. physiol. Chemie Bd. 81, H. 3, S. 207 (S. 133*.)
4. *d'Abundo*, *G.*, Turbe neuro-psychiche consecutive alle commozioni della guerra Italo-Turca. Rivista italiana di neuropathologia, psichiatria ed elettro-terapia fasc. 6, p. 257.
5. *Adler*, *Alfr.*, Über den nervösen Charakter. 195 Seiten, 6,50 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
6. *Albrecht*, *P.* (Treptow a. R.)., Gleichartige und ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 11. Bd., 5. H., S. 541 (S. 129*.)
7. *Albers*, *R.* (München), Rassenhygiene. Einleitende Bemerkungen und Bericht über die Arbeiten des Jahres 1911. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 14, S. 771.
8. *Albers*, *Rudolf* (München), Ergebnisse stoffwechselpathologischer Untersuchungen I. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912; Referate u. Ergebnisse Bd. 4, H. 8, S. 737.
9. *Amsler*, *Cäsar* (Basel), Zur Lehre der Splanchnomegalie bei Akromegalie. Berlin. klin. Wschr. Nr. 34, S. 1600, 1912.
10. *Angelo*, *P.*, A proposito dell' isolamento. Giornale di psichiatria clinica Bd. 4 (S. 147*.)
11. *Antheaume*, *A.* et *Trepsat*, *L.*, Délire d'imagination et psychose périodique. L'encéphale no. 9, p. 161.



12. *Apert, E.*, Les lois de l'hérédité morbide et en particulier de l'hérédité matriarcale. L'enfance anormale no. 9, p. 665.
13. *Ascoli, G.*, u. *Legnani, T.*, Die Folgen der Exstirpation der Hypophyse. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 10, S. 518. (S. 125*.)
14. *Ascher, B.* (Berlin), Ein Fall von Verletzung durch Elektrizität. Ausgang in Demenz. Med. Klin. Nr. 5, S. 207.
15. *Atwood* u. *Taylor*, Traumatische Psychose. Journ. of Amer. assoc. 19. Oktober.
16. *Auerbach, S.* (Frankfurt a. M.), Die Errichtung einer besonderen Abteilung im Reichsgesundheitsamt zur Bekämpfung der Nerven- und Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wschr. 13. Jahrg., Nr. 43, S. 427.
17. *Axmann, H.* (Erfurt), Ein neuer einfacher Pupillometer. Med. Klin. 1912, Nr. 17, S. 696.
18. *Bachem, C.*, Codeonal, ein neues Narkotikum und Hypnotikum. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 6, S. 260.
19. *Baer, M.* (Frankfurt a. M.), Über Veronazetin, ein aus mehreren Komponenten zusammengesetztes Hypnotikum und Sedativum. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 9, S. 472. (S. 152*.)
20. *Baglioni, S.* (Rom), Das Problem der Funktionen des Nervensystems. 50 S. 1 M. Jena, G. Fischer. (S. 123*.)
21. *Barnes Fill.*, Chemistry of nervous and mental diseases. Amer. journ. of Insan. 1912, Bd. 68, S. 431. (S. 133*.)
22. *Bartel, I.* (Wien), Status thymico-lymphaticus und Status hypoplasticus. Ein Beitrag zur Konstitutionslehre. 112 S. 4 M. (S. 117*.)
23. *Bayer, H.* (Straßburg), Über Vererbung und Rassenhygiene. 50 S. 2 M. Jena 1912, G. Fischer.
24. *v. Bechterew, W.* (St. Petersburg), Was ist Psychoreflexologie? Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 148.
25. *Bechterew, W.*, et *Poussèpe* (St. Petersburg), La chirurgie des aliénés. Archives internat. de neurol. 34e année 1912, juillet, no. 1, p. 1.
26. *Beck, V.*, u. *Biach, P.* (Wien), Labyrinth u. Sehnenreflexe. Berlin. klin. Wschr. Nr. 7, S. 300. (S. 126*.)
27. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Ist die Dementia praecox heilbar?



Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten 1912, 7. Bd., 4. H., S. 377. (S. 132*.)

28. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Die Fortschritte der medikamentösen Irrentherapie im Jahre 1911. Allg. med. Zentralztg. 1912, Nr. 7—8. (S. 149*.)
29. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Über den Einfluß des Abdominaltyphus auf bestehende geistige Erkrankung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 799.
30. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Einige neue Mittel vom Schlafmittelmarkt. Moderne Medizin H. 11.
31. *Beesau*, Un mot sur quelques synthèses de Guislain. Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique 28.
32. *Benedek, L.*, Die Behandlung der Schlaflosigkeit mit Luminal. Wien. klin. Wschr. Nr. 42, S. 1571. (S. 151*.)
33. *Bérillon*, Le nerveux et le mental. Les caractères distincts de la névropathie et de la psychopathie. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1912, no. 161, p. 187.
34. *Berliner, K.* (Gießen), Klinische Studien über die Reflexzeit des Kniephänomens. Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten Bd. 7, H. 2, S. 97.
35. *Bertschinger, H.* (Schaffhausen), Über Gelegenheitsursachen gewisser Neurosen und Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 588.
36. *Beyerhaus, G.* (Grafenberg), Klinische Erfahrungen mit Codeonal. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 9. (S. 154*.)
37. *Biach* u. *Hulles*, Über die Beziehungen der Zirbeldrüse (Glandula pinealis) zum Genitale. Wien. klin. Wschr. 1912, Nr. 10.
38. *Bickel, Heinr.* (Bonn), Über die diagnostische Bedeutung der Knochenreflexe. Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 2390.
39. *Bieck, E. F. I.* (Stettin), Prostata und Psyche. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 113. (S. 137*.)
40. *Bing, Rob.*, Die Lokalisation der Kleinhirnerkrankungen. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 19. (S. 125*.)
41. *Birnbaum, K.*, Über den Einfluß von Gefühlsfaktoren auf die Assoziationen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 2, S. 95. (S. 124*.)

42. *Bischoff, Ernst* (Hamburg-Langenhorn), Untersuchungen über das unmittelbare und mittelbare Zahlengedächtnis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien Bd. 11, 1. u. 2. H., S. 63. (S. 124*.)

43. *Bittorf, A.* (Breslau), Zur Kasuistik der Störungen der inneren Sekretion. Berlin. klin. Wschr. Nr. 23, S. 1072.

44. *Blair, D.* (Lancaster), „Forced feeding" with special reference to a case continuously fed by the nasal tube for over nine years Journ. of mental science 1912, vol. 58, nr. 241, p. 252.

45. *Bloch, I.*, Die Prostitution. 1. Bd., 870 S. 10 M. Berlin 1912. Louis, Marcus. (S. 120*.)

46. *Boas, H.* u. *Neve, G.*, Untersuchungen über die Weil-Kafkasche Hämolysin-Reaktion in der Spinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 10, H. 4—5, S. 607. (S. 135*.)

47. *Bodros, P.* (Charenton), Note sur l'état mental des lépreux. Annales médico-psychologiques 70e année no. 3, p. 278.

48. *Böhmig, H.* (Dresden), Über Ureabromin. Psych.-neurol. Wschr. 13. Jahrg., Nr. 47, S. 473.

49. *Bogner, Fr.* (München), Adamon, ein neues Sedativum. Med. Klin. Nr. 2, S. 64.

50. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Über die Bedeutung der psychiatrischen Untersuchungsmethodik für die allgemeine ärztliche Ausbildung. Berl. klin. Wschr. Nr. 20, S. 930. (S. 118*.)

51. *Boruttau, H.*, *Mann, L.*, *Levy-Dorn, M.*, *Krause, P.*, Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre. 2. Bd., 2. Hälfte. (S. 147*.)

52. *Bossi, L. M.* (Genua), Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. 137 S. 3 M. Berlin 1912, Oskar Coblenz. (S. 138*.)

53. *Bossi, L. M.* (Genua), Entgegnung der Bemerkungen E. Siemerlings in Kiel: Über die Möglichkeit des Irrsinns genitalen Ursprungs beim Weibe. Ztlbl. f. Gynäkol. Nr. 9.

54. *Bossi, L. M.*, Eierstocks-, Uteruskrankheiten und Psychopathien Ztlbl. f. Gynäkol. Nr. 37.

55. *Bossi*, Meine Ansichten über die reflektorischen Psychopathien und die Notwendigkeit der Verbesserung des Irrenwesens. Wien. klin. Wschr. Nr. 47.

56. *Bouman, K. H.*, Die klinische Bedeutung des Schädeltraumas in



der Ätiologie der Psychosen. Psych. en Neurol. Bladen 1912, p. 119.

57. *Braun* u. *Husler*, Eine neue Untersuchung der Lumbalpunktate. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 1178. (S. 134*.)
58. *Brennecke*, Zur Symptomatologie und Diagnose der Amentia. Inaug.-Diss., Kiel 1912.
59. *Brestler*, *I.*, Kurzgefaßtes Repetitorium der Psychiatrie. 138 S. 2,20 M. (S. 119*.)
60 *Bresler*, *I.* (Lüben), Der Zwiesinn. Psych.-neur. Wschr. 1912, 14. Jahrg., Nr. 3, S. 21.
61. *Bresowsky*, *M.* (Dorpat), Über protrahierte Affektschwankungen und eknoische Zustände. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, Ergänzungsheft, S. 239.
62. *Briggs*, *L. Vernon* (Boston), Autointoxication as a cause of mental disease. The alienist and neurologist vol. 33, nr. 3, p. 281.
63. *Brown*, *Dods*, The use of salvarsan in mental diseases. Review of Neurology and Psychiatry, November. (S. 149*.)
64. *Brown*, *R. Dods* and *Ross*, *Donald* (Edinburg), The production of leucocytosis in the treatment of mental diseases. Journal of mental science july 1912. (S. 148*.)
65. *Buder* (Winnental), Beitrag zu der Lehre vom Querulantenwahnsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 492.
66. *Bumke*, *O.* (Freiburg i. B.), Über nervöse Entartung. 5,60 M Berlin 1912, Julius Springer. (S. 127*.)
67. *Calligaris*, *Giuseppe*, Linee iperestetiche sulla superficie cutanea dell' uomo. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVIII, p. 309—340.
68. *Camus*, *P.*, Le langage et la verbomanie. Gazette des hôpitaux no. 99, p. 1396.
69. *Capgras* et *Terrien* (Ville-Evrard), Délire d'imagination symptomatique. Annales médico-psychologiques 70e année, no. 4, p. 407.
70. *Ceni*, *Carlo*, Il cervello e la funzione ovarica. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVIII, p. 213—290. (S. 126*.)
71. *Cerietti*, *Ugo*, Nuovi dati sulla patologia dei vasi sanguigni dei centri nervosi e loro rapporto con le forme cliniche. Rivista Sperimentale di Freniatria 1912, vol. XXXVII, p. 411—467.



72. *Chaslin, Ph.* (Paris), Élements de sémiologie et clinique mentales. Paris. Asselin et Houzean. 956 S. 18 Frs. (S. 113*.)

73. *Chatelain, A.*, Hygiene des Nervensystems. Deutsch von A. Mühlau. Leipzig. Vogel.

74. *Christiani, A.*, Disturbi psichici ed affezioni ginecologiche. Rivista italiana di neuropathol. fasc. 7, p. 289.

75. *Clarke, G.*, Sterilisation from the eugenic standpoint. Journal of mental science Januar. p. 48. (S. 130*.)

76. *Cohn, T.* (Berlin). Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. 4. Aufl., 212 S. Berlin 1912. S. Karger.

77. *Correns, C.*, Die neuen Vererbungsgesetze. 2 M. Berlin. Gebr. Bornträger.

78. *Corson, I. F.* (Bucks), An inquiry into the occurrence of an inherited tendency to insanity in the insane of a rural population. Journal of Mental science 1912, vol. 58, nr. 241, p. 262

79. *Cotton, H. A.* (Trenton), Some problems in the study of heredity in mental diseases. The Americ. journ. of insan. 1912 vol. 69, nr. 1, p. 31. (S. 127*.)

80. *Courbon, P.* (Amiens), Intégrité de la mémoire et démence. Revue de psychiatrie no. 11, p. 448. (S. 145*.)

81. *Courbon, P.* (Amiens), Valeur séméiologique de l'indifférence affective dans les maladies mentales. L'Encéphale no. 10, octobre.

82. *Courbon, Paul* (Amiens), Asthénomanie et psychose maniaque dépressive. Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale 16e année, tome 16, p. 278.

83. *Cramer* (Göttingen), Rückversicherung des Zentralnervensystems. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 691.

84. *Crocg, I.*, Hypnotisme, suggestion et psychothérapie. Journal de neurol. no. 15, p. 281.

85. *Crzellitzer, A.* (Berlin), Die Aufgaben der Rassenhygiene. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 35, S. 1651. (S. 128*.)

86. *Cullere, A.*, Les psychoses dans l'histoire. Archives internat. de Neurol. 1912, 34e année, vol. I, no. 4, p. 229.

87. *Cuylits*, La mère de Charles-quint, Jeanne de Castille, dite la Folle, fût-elle réellement aliénée? Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique no. 162. (S. 132*.)

88. *Cygielstrejch, A.*, Les conséquences mentales des émotions de la guerre. Annales médico-psychologiques 70e année no. 2, pag. 129.

89. *Damaye, H.* (Bailleul), Études sur les associations de la confusion mentale. Archives de neurol. 1912, no. V, p. 273.

90. *Danziger, Felix*, Die Beziehungen zwischen gynäkologischen Erkrankungen und nervösen Erscheinungen. Dargestellt am Material der Ambulanz der Münchner Universitäts-Frauenklinik. Januar 1907—Juli 1910. Inaug.-Diss., München, Januar 1912.

91. *Deichert, H.* (Hannover), Zur Geschichte des Hexenwahns. Med. Klin. Nr. 43, p. 1765.

92. *De Paoli, N.* e *Tamburini, A.*, Il „Pantopòn Roche" nelle malattie mentali. Rivista Sperimentale di Freniatria 1912, vol. XXXVIII, p. 512—523.

93. *Deschamps*, La confiance et la sympathie, leurs rapports psychomoteurs. Paris médical no. 29, 15. juin, p. 72.

94. *Desruelles*, Un calculateur, prodige, aveugle-né. Contribution à l'étude de la mémoire tactile. L'Encéphale no. 6, p. 518.

95. *Devine, H.*, A case of manic stupor. Journ. of mental Science Bd. 58, S. 320.

96. *Dide, M.* (Toulouse), Les dyspsychies. L'encéphale no. 3. (S. 122*.)

97. *Dide, M.* et *Carras, G.* (Haute-Garonne), Manie avec délire d'interprétation euphorique. Archives internationales de Neurol. mars, vol. I, 10e série, 34e année, p. 162.

98. *Dockhorn, Willi* (Berlin-Schlachtensee), Kurze Bemerkungen über das neue Schlafmittel „Luminal". Med. Klin. Nr. 31, S. 1274. (S. 150*.)

99. *Dornblüth, O.*, Die Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. 92 S. 2,40 M. Leipzig 1912. Veit u. Comp. (S. 119*.)

100. *Dräseke* (Hamburg), Zur Kenntnis der gefährdeten Großstadtjugend. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlung der jugendl. Schwachsinns. 1912, Bd. V, H. 3—5, S. 276.

101. *Dreyfus, G. L.* (Frankfurt), Die Bedeutung der modernen Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden für die Beurteilung isolierter Pupillenstörungen nach vorausgegangener Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1647.



102. *Ducosté, M.* (Pau), Deux aliénés inventeurs. Bulletin de la société clinique de médecine mentale, no. 9, décembre 1911.

103. *Dupain*, Tentative de suicide par ingestion de cailloux chez une mélancolique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment., 5 an, no. 1, p. 14.

104. *Dupouy, R.* (Charenton), Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie. Annales médico-psychol. 70e année, no. 1, p. 48.

105. *Dutoit, A.* (Lausanne), Forschungsergebnisse der Vererbungslehre in der Ohren- und Augenheilkunde. Med. Klin. 1912, Nr. 16, p. 657.

106. *Eager, Richard*, An investigation as to the therapeutic value of thyroid feeding in mental diseases. Journal of mental science 1912, vol. 58, no. 242, p. 424. (S. 148*.)

107. *Ebstein, E.* (Leipzig), Über die Perkussion des Schädels. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 4 u. 5, p. 587. (S. 125*.)

108. *Ebstein, Wilhelm* (Göttingen), Die Weiberscheu als Krankheitszustand. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 3.

109. *Edinger, L.*, Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems. II. Aufl. 234 S. 6 M. Leipzig. Vogel. (S. 114*.)

110. *Eichelberg, F.*, Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. Med. Klin. Nr. 29, S. 1187. (S. 135*.)

111. *v. Ehrenwall, I.* (Freiburg i. B.), Über Adalin und seine Verwendung mit besonderer Berücksichtigung der Nerven- und Geisteskranken. Therap. Monatshefte April 1912.

112. *Emanuel, G.* (Charlottenburg), Erfahrungen mit Luminal bei Geistes- u. Nervenkrankheiten. Neurol. Zentralbl. Nr. 9, S. 563. (S. 150*.)

113. *Enge* (Lübeck), Psychiatrische Ratschläge für den praktischen Arzt. Ztschr. f. ärztl. Fortbildg. Nr. 12. (S. 146*.)

114. *Engelhard, I. L. B.* (Utrecht), Über Generationspsychosen und den Einfluß der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 70, H. 3. (S. 137*.)

115. *Ennen* (Merzig), Bemerkungen zu Bossi, Die gynäkologische

Prophylaxe bei Wahnsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 922.

116. *Erlenmeyer*, *A.* (Bendorf a. Rh.), Beschreibungen von periodischem Auftreten einer wandernden Pupille. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 12, S. 539. (S. 143*.)

117. *Evensen*, Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Norsk. Mag. f. Laegevid Nr. 7.

118. *Ewart*, *C. T.*, Amenorrhoeal insanity. Journ. of ment. science 1912, vol. 58, no. 240, p. 76. (S. 138*.)

119. *Falciola*, *M.*, L' attività motoria volontaria in alcune forme di alienazione mentale. Annali di freniatria e scienze affini 22, fasc. 2, p. 123.

120. *Famenne*, *P.*, Infections et pathologie mentale. Bull. de la soc. de méd. mentale de Belgique no. 165, p. 434.

121. *Famenne*, *P.*, Du rôle de l'infection gonococcique dans la genèse de certaines psychoses. L' encéphale, 10. juillet, p. 47.

122. *Faust*, *E. S.*, Über kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 2489.

123. *Feuillache*, Indikationen der Isolierkur. Lyon médical no. 18.

124. *Finckh*, *I.*, Die Nervenkrankheiten, ihre Ursachen u. ihre Bekämpfung. IV. umgearbeitete Auflage. 51 S. 1,40 M. München. Otto Gmelin. (S. 119*.)

125. *Fischer*, *A.*, Weitere Beobachtungen über Adalin als Hypnotikum und Sedativum. Allg. med. Zentralztg. Nr. 31. (S. 154*.)

126. *Fischer*, *O.* (Prag), Ein Beitrag zur Frage des zerebralen Fiebers. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol. 1912, Bd. 9, H. 4, S. 515. (S. 143*.)

127. *Flamm*, *R.* (Berlin-Waidmannslust), Aleudrin, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 2311. (S. 153*.)

128. *Fleiner*, *W.*, Über das Körperliche und Seelische in der Diagnose und Behandlung. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildg. 3. Jahrg., Märzheft 1912. München. P. F. Lehmann. (S. 118*.)

129. *Fleißig*, *Paul*, Medikamentenlehre für Krankenpfleger. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. H. Staehelin in Basel. 166 S. 2,50 M. Berlin u. Wien 1912. Urban u. Schwarzenberg.



130. *Foerster, R.*, Beziehungen nnd Beruf von Mode zu Geisteskrankheiten. 1,20 M. Stuttgart 1912. F. Enke.

131. *Fornaca, G.*, La resistenza dei leucociti nei malati di mente. Rivista di patologia nervosa e mentale 1912, anno XVII. fasc. 1, p. 20. (S. 133*.)

132. *Fornaca, Giacinto* (Venedig), Ricerche sulla colorazione vitale del sangue degli alienati. Annali del manicomio provinciale di Perugia, ann. 5. Juli—Dezember. (S. 133*.)

133. *Fornaca, G.*, Le injezioni epidurali come cura dell' incontinenza d' urina negli alienati. Rassegna di Studi Psichiatrici vol. II. fasc. 4. (S. 149*.)

134. *Frank, E. R. W.* (Berlin), Klinische Erfahrungen über die Einwirkung des Adamon auf sexuelle Reizerscheinungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 2309.

135. *Frank, L.* (Zürich), Psychiatrie und Armenpflege. 30 S. 0,60 M. Zürich 1912. Orell Füßli. (S. 118*.)

136. *Frankhauser, K.* (Stephansfeld), Über hypertonische und hypotonische Seelenstörungen. Straßburg. Heitz. 52 S. (S. 119*.)

137. *v. Frankl-Hochwart, L.* (Wien), Über den Einfluß der inneren Sekretion auf die Psychose. Med. Klin. Nr. 48, p. 1953.

138. *Franz, Sh. I.*, On some functions of the cerebral occipital lobes. Government hospital for the insane, Washington Bulletin Nr. 4. (S. 115*.)

139. *Franz, V.* (Frankfurt a. M.), Moderne Gesichtspunkte in der Abstammungslehre. Med. Klin. Nr. 4, S. 147. (S. 127*.)

140. *Fraser, D.*, A study in delusion formation. The journal of abnormal physiology 1912, S. 401.

141. *Freud, Sigm.* (Wien), Zur Psychopathologie des Alltaglebens. 3. vermehrte Auflage. 198 S. 5 M. Berlin. S. Karger.

142. *Führer* (Haus Rockenau, Baden), Lokale Hautgangrän nach subkutaner Luminalinjektion. Münch. med. Wschr. 1912. Nr. 30, S. 1670.

143. *Gärtner, G.* (Wien), Körpergewicht und Körperlänge des Menschen. Wien. med. Wschr. Nr. 5.

144. *Gallais, M. A.*, Gigantisme acromégalique sans élargissement de



la selle turcique. Inversion sexuelle. Féminisme mental. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière no. 2, p. 124. (S. 144*.)

145. *Gallais, M. A.*, Délire interprétato-hallucinatoire systématique, chronique sans affaiblissement démentiel. Ann. méd.-psychol. 70e année, no. 2, p. 155.

146. *Gaupp, O.* (Dresden), Über klinische Erfahrungen mit Codeonal, einem neuen Schlaf- und Beruhigungsmittel. Berl. klin. Wschr. Nr. 7, p. 306. (S. 154*.)

147. *Gaupp, R.* (Tübingen), I. L. A. Kochs psychiatrische Lehren in ihrer Bedeutung für die Entwicklung der klinischen Psychiatrie. Ein Beitrag zur Festschrift beim 100 jährigen Jubiläum der ältesten württemberg. Staatsirrenanstalt Zwiefalten (29. VI. 1912). (S. 119*.)

148. *Gaupp, R.* (Tübingen), Die Gefahren des Kino. Südd. Monatshefte, Juni 1912.

149. *Geißler, W.*, Luminal, ein neues, subkutan anwendbares, starkwirkendes Hypnotikum. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 922. (S. 151*.)

150. *Givens*, The prevention of the cases of insanity. New York med. journ., 17. august, nr. 7.

151. *Glombitza, E.* (Herzberge-Berlin), Beiträge zur Wirkungsweise des Schlafmittels Adalin. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 6, S. 307.

152. *Gluck, B.*, A contribution to the study of psychogenesis in the psychoses. Americ. Journ. of Insan. 1912, Bd. 68, S. 371.

153. *Goett, Th.*, Zur Bewertung des Assoziationsversuches im Kindesalter. Mtschr. f. Kinderheilkunde Bd. 11, Nr. 2, S. 59. (S. 124*.)

154. *Goldflam, J.* (Warschau), Zur Klinik der Pupillenphänomene. Wien. klin. Wschr. 1912, Nr. 26 u. 27. (S. 124*.)

155. *Goldscheider*, Beiträge zur Lehre von der Hautsensibilität. Ztschr. f. klin. Med. 1912, S. 220.

156. *Goldstein, Kurt* (Königsberg), Die Halluzination, ihre Entstehung, ihre Ursache und ihre Realität. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgeg. v. L. Loewenfeld, H. 86. 72 S. 2 M. Wiesbaden. I. F. Bergmnan. (S. 122*.)



157. *Goldstein, M.* (Berlin), Über Luminal, ein neues Hypnotikum. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 21, S. 987.

158. *Gordon, G. J.*, Selbstmorde bei Kindern. Vortrag, gehalten auf dem XI. Pirogowschen Ärztekongreß (russisch). (S. 126*.)

159. *Goronzek, L.*, Über Tätowierungen bei Soldaten. Inaug.-Diss., Königsberg. (S. 132*.)

160. *Graeffner, W.* (Berlin), Luminal, ein neues Schlafmittel. Berlin. klin. Wschr. 1912, Nr. 20, S. 939. (S. 150*.)

161. *Graul, G.* (Neuenahr), Transitorische motorische Aphasie mit Paragraphie bei Diabetes mellitus. Deutsche. med. Wschr. Nr. 15, S. 699.

162. *Gregor, A.* (Leipzig), Klinische und experimentelle Erfahrungen über Luminal und seine Nebenwirkungen. Therapeut. Monatsh. 26. Jahrg., Juni 1912. (S. 150*.)

163. *Gregor, A.* (Leipzig), Über Nebenwirkungen von Schlafmitteln. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 1, S. 54. (S. 149*.)

164. *Gregor, A.*, Nebenwirkungen von Schlafmitteln. Fortschr. d. Med. 1912, Nr. 10. (S. 149*.)

165. *Groag, P.*, Über nervöse Funktionsstörungen der männlichen Sexualorgane. Ztschr. f. physik. u. diätet. Therapie 1912, Bd. 16.

166. *Groß, A.*, Allgemeine Therapie der Psychosen. Handbuch der Psychiatrie, herausgeg. v. Professor Dr. G. Aschaffenburg in Köln. Allgemeiner Teil, IV. Abteilung, S. 49—208. (S. 145*.)

167. *v. Gruber, M.*, Mädchenerziehung und Rassenhygiene. München 1912. E. Reinhardt.

168. *Grzibek, V.* (Dziekanka), Erfahrungen mit Codeonal, einem neuen Hypnotikum. Psych.-neurol. Wschr. 1912, 14. Jahrg., Nr. 9, S. 91.

169. *Gudden, H.* (München), Adalin, ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. Münch. med. Wschr. Nr. 2, S. 83.

170. *Guilarowsky*, Des troubles de la mémoire dans certaines affections en foyer du cerveau. Archives de Neurologie Mai. (S. 124*.)

171. *Guiraud*, Hemorrhagie surrénal traumatique et troubles mentaux. Bull. de la soc. clin. de méd. mentale. p. 95.

172. *Guisy, B.*, Fernkomplikationen bei transvertikalen u. perinealen



Prostatektomien. Prä- und postoperative Geistesstörungen. Ztschr. f. Urolog. Bd. 6, H. 2, S. 124.

173. *Gutowitz* (Leipzig), Aleudrin, ein neues Hypnoticum und Sedativum. Med. Klin. Nr. 47, S. 1911. (S. 153*.)

174. *Haeckel* (Stettin), Über die Foerstersche Operation. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 379.

175. *Haecker*, *Valentin* (Halle a. S.), Einige Ergebnisse der Erblichkeitsforschung. Deutsch. med. Wschr. Nr. 27, S. 1292.

176. *Haecker*, *V.*, Allgemeine Vererbungslehre. 2. Aufl. 10 M. Braunschweig. F. Vieweg. (S. 128*.)

177. *Haecker*, *V.*, Einige Ergebnisse der Erblichkeitsforschung. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 27, S. 1292. (S. 128*.)

178. *Häffner*, *R.* (Heidelberg), Beziehungen zwischen Menstruation u. Nerven- u. Geisteskrankheiten auf Grund der Literatur und klinischer Studien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 2, S. 154.

179. *Haenel*, *H.* (Dresden), Die Wohnung und der Lärm. Deutsche med. Wschr 1912, Nr. 10, S. 467. (S. 146*.)

180. *Halberstadt*, *G.*, L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. Le groupe de paraphrénies. Revue de psych., Octobre, no. 10, p. 403.

181. *Halbey* (Uckermünde), Über die Kombination narkotischer und Schlafmittel und ihre Anwendung in der Behandlung der Geisteskrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 381.

182. *Halbey*, *K.* (Uckermünde), Kombinationen narkotischer und Schlafmittel und ihre Anwendung in der Behandlung der Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr., 12. Jahrg., Nr. 13, S. 139. (S. 152*.)

183. *Hambruch*, *Paul*, Wie die Eingeborenen auf Ponape den Irrsinn heilen. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendlichen Schwachsinns 1912, 5. Bd., 3.—4. H., S. 269.

184. *Hamburger*, *F.*, Mechanismus psychogener Erkrankungen bei Kindern. Wien. klin. Wschr. Nr. 45. (S. 122*.)

185. *Hammer*, *Fr.* (Stuttgart), Über Mendelsche Vererbung beim Menschen. Med. Klin. Nr. 25, S. 1033. (S. 129*.)



186. *Hanauer*, *W.* (Frankfurt a. M.), Die Wertigkeit der Unehelichen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 18. Jahrg., Nr. 16, S. 325. (S. 131*.)

187. *Hanes*, *E. L.* (Rochester), Acute delirium in psychiatric practice, with special reference to so-called acute delirious mania (collapse delirium). Journal of nervous and mental disease 1912, vol. 39, nr. 4, p. 236.

188. *v. Hansemann*, *D.* (Berlin), Über altruistische Erkrankungen. Berlin. klin. Wschr. Nr. 10, S. 433.

189. *Hart*, *Bernard* (Long-Grove), A case of double Personality. Journ. of mental science 1912, vol. 58, nr. 241, p. 236.

190. *Hartung*, *Erich*, Beiträge zur degenerativen Vererbung. Inaug.-Diss. Jena.

191. *Hartwich*, *W.* (Lengerich), Vermögen wir Anzeichen von Nukleinstoffwechselstörung im Blute bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch geeignete Nukleinbehandlung zu beeinflussen? Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 46, S. 460. (S. 148*.)

192. *Haskovec,Lad.* (Prag), Die infantile Sprache der Erwachsenen. Ihre klinische Behandlung. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 5, S. 282. (S. 142*.)

193. *Haskovec*, *Lad.* (Prag), Moderne eugenische Bewegung. Wien. klin. Rundschau Nr. 39, 40, 41, 42. (S. 130*.)

194. *Havelock Ellis*, Rassenhygiene und Volksgesundheit. Deutsche Originalausgabe, veranstaltet unter Mitwirkung von Dr. Hans Kurella. 460 S. 5,50 M. Würzburg. Curt Kabitsch. (A. Stubers Verlag). (S. 119*.)

195. *Haymann*, *H.* (Konstanz), Wie behandeln wir Geisteskranke? 26 S. 0,80 M. München. Otto Gmelin. (S. 148*.)

196. *Heber*, *Butts*, Further observations on the insane in the navy. Unit. St. naval. med. bulletin vol. 6, nr. 2.

197. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Zwangsvorstellung und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. 3, S. 301.

198. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Über Gewöhnung auf normalem und pathologischen Gebiete. Loewenfelds Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, 87. Wiesbaden. Bergmann. 51 S. 1,60 M. (S. 124*.)

199. *Heinicke*, *W.* (Waldheim i. S.), Psychiatrisches aus dem 18. Jahr-



hundert. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIII, Nr. 50, S. 500. (S. 140*.)

200. *Heller, Th.* (Wien), Grundriß der Heilpädagogik. 2. Aufl. Leipzig. W. Engelmann.

201. *Hennes, H.* (Bonn a. Rh.), Über krankhafte Ermüdung im Kindesalter, ein Beitrag zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 3, S. 284. (S. 141*.)

202. *Herbert, Fr.*, Über die physikalischen Eigenschaften der Schädeldachknochen bei Hirnkrankheiten. Inaug.-Diss. Würzburg (S. 125*.)

203. *Herting, J.* (Galkhausen), Zur Geschichte der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIII, Nr. 45, S. 449.

204. *Hiller, A.* (Berlin), Die psychopathische Hitzschlagform. Deutsche militär. Ztschr. Nr. 19, S. 742. (S. 137*.)

205. *Hirschberg* (Berlin-Fichtenau), Aleudrin, ein neues Sedativum. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31. (S. 153*.)

206. *Hirschberg, N.* (Moskau), Über Psychosen bei Flecktyphus. Deutsche med. Wschr. Nr. 29, S. 1375. (S. 136*.)

207. *Hirschberg, N. J.*, Über Psychosen bei Flecktyphus. Medizinskoje Obosrenje 1912, H. 3 (russisch). (S. 137*.)

208. *Hirschfeld, M.* (Berlin), Vierteljahrsberichte des wissenschaftlich-humanitären Komitees. Fortsetzung der Monatsberichte und des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen. Jahrg. 3. Leipzig. Spohr. 512 S. 6 M. (S. 121*.)

209. *Hirschfeld, M.* (Berlin), Naturgesetze der Liebe. Eine gemeinverständliche Untersuchung über den Liebeseindruck, Liebesdrang und Liebesausdruck mit 2 erläuternden Abbildungen. 281 S. Berlin. Alfred Pulvermacher u. Co. (S. 121*.)

210. *Hirt, Ed.*, Beitrag zur Theorie der Trugwahrnehmungen. Ztschr. für Pathopsychologie Bd. I, H. 2—3, S. 448—552.

211. *Hoche* (Freiburg i. B.) und *Alzheimer* (München), Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 699.

212. *Hoche* und *Alzheimer*, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-

depressive Irresein. Referat, erstattet auf der Jahresvers. des Deutschen Vereins f. Psych. Kiel.

213. *Holmes*, Research in psychiatry. New York med. journ. nr. 21.

214. *Horne*, Prognose der juvenilen Psychosen. Norsk. Mag. Laegerid No. 7.

215. *Hough, W. H.*, Die Wirkung von Alkoholgaben auf die Wassermannsche Reaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 3, S. 281. (S. 135*.)

216. *Hübner* (Bonn), Über Trugwahrnehmungen ohne Wahnvorstellungen bei erhaltener Krankheitseinsicht (Demonstration). Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 920.

217. *Impens*, Über die Ausscheidung des Adalins. Therap. der Gegenw. Nr. 4.

218. *Impens, E.* (Elberfeld), Pharmakologisches über Luminal oder Phenyläthylarbitursäure. Deutsche med. Wschr. Nr. 20, S. 945. (S. 150*.)

219. *Isserlin, M.* u. *Lotmar, F.* (München), Über den Ablauf einfacher, willkürlicher Bewegungen bei einigen Nerven- und Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 1—2, S. 198. (S. 123*.)

220. *Jach, E.* (Altscherbitz), Ureabromin. Therap. d. Gegenw. Nr. 10. (S. 153*.)

221. *Jacob, Chr.* (Buenos-Aires), Über die Ubiquität der sensomotorischen Doppelfunktion der Hirnrinde als Grundlage einer neuen biologischen Auffassung des kortikalen Seelenorgans. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 466. (S. 114*.)

222. *Jacob, Alf.*, Über die feinere Histologie der sekundären Faserdegeneration in der weißen Substanz des Rückenmarks (mit besonderer Berücksichtigung der Abbauvorgänge). Histologische u. histopathologische Arbeiten über d. Großhirnrinde. Herausgegeben von Nissl u. Alzheimer. Bd. 5, H. 1 u. 2. (S. 115*.)

223. *Jacob, Alf.*, Experimentelle Untersuchungen über die traumatischen Schädigungen des Zentralnervensystems (mit besonderer Berücksichtigung der Commotio cerebri und Kommotionsneurose). Histologische u. histopathologische Arbeiten über



die Großhirnrinde. Herausgeg. von Nissl u. Alzheimer Bd. V, H. 1 u. 2. (S. 116*.)

224. *Jacobsohn*, *L.* u. *Caro*, *A.* (Berlin), Über einen neuen, von der Planta pedis auslösbaren Reflex. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 7, S. 420. (S. 125*.)

225. *Jahrsdörfer*, *R.*, Über Pantopon, ein neues Opiumpräparat, und seine Anwendung in der Psychiatrie. Inaug.-Diss. Heidelberg 1912.

226. *v. Jaksch*, *R.* (Prag), Über Adipositas cerebralis und Adipositas cerebrogenitalis. Med. Klin. Nr. 48, S. 1931.

227. *Jaspers*, *K.* (Heidelberg), Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. IX, H. 3, p. 391.

228. *Jelliffe*, *S. E.* (New York), Notes on the history of psychiatry IV The alienist and neurologist 1912, vol. 33, nr. 1, p. 69.

229. *Jentsch*, *Ernst* (Schkeuditz), Die psychogene Rückerinnerung als Ursache wiederholter traumatischer Depressionszustände. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1912, Nr. 17, S. 349.

230. *Jödicke*, *P.* (Stettin), Die Zahnpflege in den Kückemühler Anstalten in Stettin. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 4, S. 44.

231. *Joire*, *T.*, Un instrument de diagnostic des maladies nerveuses. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique no. 165, p. 463.

232. *Jones*, *E.*, *Sachs*, *E. H.*, Der Alptraum in seiner Beziehung zu gewissen Formen des mittelalterlichen Aberglaubens. (Deutsch von Dr. E. H. Sachs.) 149 S. 5 M. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke.

233. *Jones*, *Robert*, A review of the congress of alienists and neurologists of french-speaking countries held at Tunis. Journ. of ment. science vol. 58, no. 242.

234. *Josefovici*, *U.*, Die psychische Vererbung. 281 S. 2,80 M. Leipzig. Wilhelm Engelmann.

235. *Juliusburger* (Steglitz), Die Bedeutung Schopenhauers für die Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 618.

236. *Juliusburger*, *O.* (Berlin-Steglitz), Psychiatrische Tagesfragen Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 121.



237. *Juliusburger, O.* (Steglitz), Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 3, S. 270. (S. 124*.)

238. *Juliusburger* (Steglitz), Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 784.

239. *Juliusburger, O.* (Steglitz, Siemensstr. 18), Über Luminal, ein neues Hypnotikum und Sedativum. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 20, S. 940. (S. 152*.)

240. *Juliusburger, O.* (Steglitz-Berlin), Zur Frage der Kastration und Sterilisation von Verbrechern und Geisteskranken. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 9, S. 417. (S. 130*.)

241. *Jung, C. H.* (Küsnacht-Zürich), Wandlungen und Symbole der Libido, II. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forschungen Bd. 4, S. 162. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 10 M.

242. *Jung, Ph.* (Göttingen), Die Behandlung der klimakterischen Beschwerden des Weibes. Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 689. (S. 148*.)

243. *Kafka, V.*, Untersuchungen zur Frage der Entstehung, Zirkulation u. Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XIII, H. 2 u. Bd. XV, H. 4. (S. 134*.)

244. *Kafka, V.*, Die Zerebrospinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. VI, H. 4—5, S. 321. (S. 134*.)

245. *Kafka, V.*, Zur Biologie des Liquor cerebrospinalis. Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Mitteilungen aus den hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. XIII, H. 3, S. 47. (S. 134*.)

246. *Kafka, V.*, Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zentralbl. Nr. 10, S. 627. (S. 134*.)

247. *Kafka, V.*, Untersuchungen zur Frage der Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XIII, H. 2, S. 192. (S. 135*.)

248. *Kanngießer, F.*, War Napoleon Epileptiker? Prager med. Wschr. 1912, Nr. 27.

249. *Karplus* u. *Kreidl*, Affen ohne Großhirn. Wien. klin. Wschr. Nr. 3.

250. *Kauffmann, Max* (Halle), Über Prodromalsymptome der Geisteskrankheiten. Reichs-Medizin.-Anz. Nr. 5. (S. 141*.),

251. *Kern, B.*, Über den Ursprung der geistigen Fähigkeiten des Menschen. 1,60 M. Berlin. A. Hirschwald. (S. 112*.)

252. *Kerris, E.* (Galkhausen), Der Umgang mit Verwirrten. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 51, S. 516.

253. *Kirchhoff, Th.*, Geschichte der Psychiatrie. Handbuch der Psychiatrie, herausgeg. von Professor Dr. G. Aschaffenburg in Köln. Allgemeiner Teil, IV. Abteilung, S. 3—48. (S. 112*.)

254. *Kisch*, Das psychologische Moment in der Hydrotherapie und Balneologie. Wien. med. Wschr. Nr. 41.

255. *Kläsi, J.*, Über das psychogalvanische Phänomen. Inaug.-Diss. Zürich 1912.

256. *Kleist* (Erlangen), Über chronische, wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 705.

257. *Kleist* (Erlangen). Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 109.

258. *Klieneberger, O.*, Gehörstäuschungen bei Ohrerkrankungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 285.

259. *Kochmann, M.* (Greifswald), Über die Kombination von Arzneimitteln. Deutsche med. Wschr. Nr. 34, S. 1589.

260. *König, H.*, (Kiel) Zur Klinik des menstruellen Irreseins. Berl. klin. Wschr. Nr. 35, S. 1645. (S. 137*.)

261. *König, H.* (Kiel), Kritische Bemerkungen über Luminal. Berl. klin. Wschr. Nr. 40.

262. *Königsfeld, H.* u. *Zierl, F.* (Augsburg), Klinische Untersuchungen über das Auftreten von Cutis anserina. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 106, H. 5 u. 6. (S. 121*.)

263. *Kopystinski, E. A.*, Über das krankhafte Wandern. Obosrenje Psychiatrii 1912, H. 5—8 (russisch). (S. 142*.)

264. *Kosanoff, A. J.* (Kings-Park), Exciting causes in psychiatry. Americ. journ. of insan. nr. 2, p. 351.

265. *Kostyleff, N.*, Le mécanisme d'un génie poétique (Victor Hugo). Journ. de psychologie normale et pathologique no. 4, juillet-août, p. 308.

266. *Kraepelin, E.* (München), Über paranoide Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, XI. Bd., 5. H., S. 617.



267. *v. Krafft-Ebing, R.*, Psychopathia sexualis. 14. Aufl., herausgeg. von A. Fuchs. Stuttgart. F. Enke. 460 S. 11 M. (S. 120*.)

268. *Krall, Karl*, Denkende Tiere. Leipzig. Engelmann.

269. *Krasser, K.* (Klosterneuburg), Ein Versuch, das manisch-depressive Irresein als Folgezustand einer Sekretionsneurose des chromaffinen Systems aufzufassen. Wiener klin. Rundschau Nr. 31, S. 481.

270. *Kreuser* (Winnental), Aus den Erfahrungen bei einer Reichstagskandidatur. Württ. Med. Korr.-Bl.

271. *Kreuser* (Winnental), Drei Fälle von Spätgenesung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 448.

272. *Kreuser* (Winnenthal), Psychische Wirkungen des Erdbebens vom 16. November 1911. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 32, S. 369 (S. 140*.)

273. *Kreuser* (Winnenthal), Geisteskrankheiten und Religion. Vortrag bei der Hauptversammlung des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg. 16 S. Stuttgart. Stuttgarter Buchdruckereigesellschaft. (S. 119*.)

274. *Krueger, H.* (Rostock), Über Kopfmaße bei angeborenen und erworbenen Geistesstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1912, Bd. 31, H. 2, S. 191. (S. 116*.)

275. *Krueger, H.* (Königslutter), Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 326.

276. *Kühl, Hugo* (Kiel), Die hygienischen Anforderungen an zentrale Heizanlagen. Ztschr. f. Krankenanstalten Nr. 4, S. 58.

277. *Kürbitz, W.* (Sonnenstein), Erfahrungen mit Aponal bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 24, S. 273. (S. 153*.)

278. *Kürbitz, W.*, Die Zeichnungen geisteskranker Personen in ihrer psychologischen Bedeutung und differentialdiagnostischen Verwertbarkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 2, S. 153. (S. 136*.)

279. *Kure, S.*, Paranoia (Querulantenwahn). Neurologia Bd. 11, H. 11, S. 485, H. 13, S. 571 (japanisch).

280. *Kutzinski* (Berlin), Fall von Dämmerzustand während der Entbindung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 410.



281. *Kutzinski, A.* (Berlin), Über Geruchshalluzinationen. Med. Klin. Nr. 10, S. 394. (S. 144*.)

282. *Ladame*, Les cellules de Betz dans les maladies mentales. L'encephale. (S. 145*.)

283. *Lafora, R.*, On the changes of the nervous system in pernicious malaria and the neurological sequelae resulting from malaria toxemia. Government hospital for the insane Washington Bull. nr. 4. (S. 145*.)

284. *Lafora, R.*, On special connective-tissue plaques of the internal surface of the dura mater found in connection with hemorrhagic pachymeningitis. Government hospital for the insane. Washington Bull. nr. 4. (S. 145*.)

285. *Laignel*, Les malades de la clinique Sainte-Anne pendant l'éclipse solaire du 17. avril 1912. Encéphale, mai 1912.

286. *Landsbergen, Fr.* (Halle), Foudroyant verlaufende Psychose mit Pemphigus acutus. Deutsche med. Wschr. Nr. 27.

287. *Laquer, B.* (Wiesbaden), Die Großstadtarbeit und ihre Hygiene. 30 S. 1 M. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten Bd. 9, H. 8. Halle a. S. 1912. Carl Marhold.

288. *Laumonier, J.* Die sexuelle Opposition von Soma und Keimdrüse. Gaz. des hôp. 1912, no. 31.

289. *Lemos, M.*, Hallucinations unilatérales de l'ouie. L'encéphale no. 9, p. 174.

290. *Lentz, Fr.*, Über die idioplasmatischen Ursachen der physiologischen und pathologischen Sexualcharaktere des Menschen. Arch. f. Rassen- u. Gesellschafts-Biol. 1912, H. 5, S. 545. (S. 130*.)

291. *Lépine*, L'ésprit de la psychiatrie française d'aujourd'hui. La presse méd. 1912, no. 57.

292. *Leupoldt, K. v.*, Das Diktat als psychopathologische Untersuchungsmethode. Klin. f. psych. u. nervöse Krankheiten 1912, Bd. VII, H. IV, p. 343. (S. 132*.)

293. *Ley, Aug.* et *Menzerath, P.* (Fort Jaco-Uccle, Belgien), L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, février, no. 160, p. 65.



294. *Libert, L.* (Paris), Un cas de délire d'imagination. Annales méd.-psychol. 1912, 70e année, no. 1, p. 12.

295. *Libert, L.*, et *Demay, G.*, Étude clinique d'une interprétatrice Journ. de psychol. normale et pathol. no. 4, juillet-août, p. 325.

296. *Licmann*, Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsrates. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. XIII, Nr. 42, S. 419.

297. *v. Liebermann, L.*, u. *v. Fenyvessy, B.* (Budapest), Ein Kasten zur Desinfektion von Büchern. Zentralbl. f. Bakt., I. Abt., Orig., Bd. 59, H. 4, S. 491.

298. *Liepmann, H.*, Die Beurteilung psychopathischer Konstitutionen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 5. (S. 141*.)

299. *Loewe, S.* (Leipzig), Klinische Erfahrungen mit Luminal. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 20, S. 947. (S. 152*.)

300. *Loewenstein, K.*, Über Anatomie und Physiologie des Kleinhirns und über die neueren Untersuchungsmethoden des Kleinhirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. V, H. 7, S. 673. (S. 114*.)

301. *Löwy, Max* (Marienbad), Zur Kasuistik der Brunnenkrise (des Brunnendusels, des Brunnen- und Baderausches). Ztschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurorthygiene Bd. 4, Nr. 12. (S. 143*.)

302. *Löwy, Max* (Marienbad), Über eine Unruheerscheinung. Die Halluzination des Anrufes mit dem eigenen Namen (ohne und mit Beachtungswahn). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 1. (S. 123*.)

303. *Löwy, Max* (Marienbad), Über meteoristische „Unruhebilder“ und „Unruhe“ im allgemeinen. Prager med. Wschr. 37, Nr. 24.

304. *Löwy, Max* (Marienbad), Zur Kasuistik seltener „dishumoraler“ (innersekretorischer) Störungen. Prager med. Wschr. 36, Nr. 34—37. (S. 144*.)

305. *Loewy, E.* (Berlin), Beitrag zum Verhalten des Kremasterreflexes bei funktionellen und organischen Nervenkrankheiten inklusive Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Dezember.

306. *Lomer, G.*, Luminal bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 42. (S. 152*.)

307. *Lube, F.*, Die praktische Verwertbarkeit des Adalins als Schlaf- und Beruhigungsmittel. Inaug.-Diss., Göttingen 1912.

308. *Lundborg, H.* (Upsala), Medizinisch-biologische Familienforschung innerhalb eines 2232 köpfigen Bauerngeschlechtes in Schweden. Jena 1912. G. Fischer.

309. *Lundborg, H.*, Über die Erblichkeitsverhältnisse der konstitutionellen (hereditären) Taubstummheit und einige Worte über die Bedeutung der Erblichkeitsforschung für die Krankheitsforschung, für die Krankheitslehre. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie 1912, 9. (S. 128*.)

310. *Luther* (Lauenburg), Zur Verhütung und Behandlung von Furunkulose und Dermatitiden bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 791.

311. *Luther, A.* (Lauenburg i. P.), Bemerkungen zur Verhütung und Behandlung von Furunkulosen und Dermatitiden bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, 1912, Nr. 25, S. 285. (S. 149*.)

312. *Maass, Th. A.* (Berlin), Pharmakologische Untersuchungen über Aleudrin, ein neues Hypnotikum und Sedativum. Deutsche med. Wschr. Nr. 25. (S. 153*.)

313. *Maas, O.*, u. *Neumark, E.*, Beitrag zur Lehre von der Bedeutung der „vier Reaktionen". Neurol. Zentralbl. Nr. 18, S. 1146. (S. 135*.)

314. *Mac Donald, A.* (Washington), Study of abnormal man in connection with establishing laboratories to investigate criminal, pauper and defective classes.

315. *Macdonald*, Insanity and heredity. New York med. journ. no. 4.

316. *Mackenzie, J.*, The physical basis of mental disease. Journ. of ment. science 1912, vol. 58, no. 240, p. 465.

317. *Maier, H. W.* (Burghölzli-Zürich), Über die Häufigkeit psychischer Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 5, S. 644. (S. 131*.)

318. *Maier, H. W.* (Züricht), Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Habilitationsschrift. Berlin. 58 S. J. Springer.

319. *Marchand, L.*, Les accès mélancoliques des obsédés douteurs. Ann. méd.-psychol. no. 6, décembre, p. 488.



320. *Marchand, L.* et *Petit, G.*, Symbolisme au cours d'un délire mystique et patriotique d'interprétation. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 6, p. 214.

321. *Marcuse, M.*, Ein Fall von vielfach komplizierter Sexualperversion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. 3, S. 269. (S. 141*.)

322. *Marie, A.*, Les dessins stéréotypes des aliénés. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 261.

323. *Marie, A.*, A propos de quelques dessins stéréotypés d'aliénés. Arch. intern. de neurol. no. 4, octobre, p. 246.

324. *Marie, A.*, Traité international de psychologie pathologique. Tome III: Psychopathologie appliquée. 1086 S. Paris. Alcan.

325. *Marie, A.*, et *Parhon, C.*, Note sur l'état des glandes à sécrétion interne dans quelques cas d'aliénation mentale. Archives intern. de neurol. no. 6, p. 341. (S. 144*.)

326. *Marie, A.*, et *Varenne, G.*, Notes de psychopathologie éthnique. Archives internat. de Neurol. vol. I, 10e série, 34e année, février.

327. *Marro, Antonio*, L' „Eugenica" ossia la szienza della coltura della razza nel primo Congresso Internazionale di Londra. Annali di freniatria e scienze affini 22, fasc. 2, p. 180.

328. *Masselon, R.* Les délires hallucinatoires chroniques. Encéphale février-mars.

329. *Masselon, René* (Prémontré), Les psychoses associées (psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation). Ann. méd.-psychol. no. 6, juin, p. 640.

330. *Mathes* (Wiesloch), Ovale Schlundsonden. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 10, S. 104.

331. *Mathes, P.* (Graz), Psychiatrie in der Gynäkologie. Münch. med. Wschr. Nr. 50, S. 2735. (S. 140*.)

332. *Maule Smith, W.*, Behandlung Geisteskranker mit Gehirnextrakt. Brit. med. Journ. 23. November.

333. *Mauss, Th.*, Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der histologischen Lokalisation des Cortex cerebri. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. V, H. 1. (S. 114*.)



334. *Mayer, K. E.* (Cannstadt), Die Frage der Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 23, S. 881.

335. *Mayer, W.* (München), Über Störungen des Wiederkennens. Ztschr. f. Pathopsychologie 1912, Bd. I, H. 4.

336. *Meier, M.*, Psychische Wirkungen von Brom und Chlor. Epilepsia 1912, S. 1 u. 103.

337. *Mendel, K.*, Rechtshirnigkeit bei Rechtshändern. Neurol. Zentralbl. Nr. 3.

338. *Mercier, C. A.*, Dr. Turner's paper on classification and other matters. Journ. of ment. science vol. 58, no. 241, p. 298.

339. *Mercklin, A.* (Treptow a. R.), Psychiatrische Fälschungen auf Lichtbildbühnen. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. XIV, Nr. 18, S. 193.

340. *Mersey, P.*, La tanatophilie dans la famille des Habsbourg (Jeanne la Folle et Charles-Quint). Revue de psychiatrie tome 16, no. 12, p. 493.

341. *Meyer, E.* (Königsberg), Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Klin.-therapeut. Wschr. 1912, Nr. 32.

342. *Meyer, E.* (Königsberg), Zur Frage des künstlichen Abortes bei psychischen Störungen. Münch. med. Wschr. Nr. 51. (S. 148*.)

343. *Meyer, E.*, Die Behandlung der Schlaflosigkeit. Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1721. (S. 147*.)

344. *Meyer, H.* (Königslutter), Luminal. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 17, S. 183. (S. 152*.)

345. *Mignard*, Recherches sur l'erreur. Journ. de Psychol. norm. et pathol. 1912, vol. 9.

346. *Mignard, M.*, La psychose dyspathique. Les phénomènes dyspathiques dans la psychose hébéphrénique. L'encéphale no. 8, p. 105.

347. *Mignard, M.*, et *Petit, G.*, Délire et personnalité. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique no. 165, p. 449.

348. *Miloslavich, E.*, Ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie der Selbstmörder. Virchows Arch. Bd. 208, H. 1.

349. *Mita, S.* (Tokio), Beitrag zur Kenntnis der Glykosurie bei Geistes-



kranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXII, H. 2, S. 152.

350. *Mitsnoka, Z.*, Ein Fall von extremem Blutverlust bei Tubenruptur mit nachfolgender Psychose; zugleich über Psychosen nach gynäkologischen Operationen. Inaug.-Diss. München.

351. *Möbius, P. J.*, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. X. Aufl. 170 S. 1,60 M. (S. 112*.)

352. *Moerchen, Fr.* (Ahrweiler), Mesalliancen vor dem Forum des Psychiaters. Sexualprobleme, Ztschr. f. Sexualwissenschaft u. Sexualpolitik, 8. Jahrg., H. 1.

353. *Mohr, Fr.*, Entwicklung und Ergebnisse der Psychotherapie in neuerer Zeit. Berlin. J. Springer.

354. *Moll, A.* (Berlin), Handbuch der Sexualwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen. 1029 S. 27 M. (S. 120*.)

355. *Morgenthaler, W.* (Basel), Über das Gedächtnis. Med. Klin. Nr. 38, 39. (S. 123*.)

356. *Müller, L. R.* u. *Dahl, W.* (Augsburg), Die Innervierung der männlichen Geschlechtsorgane. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1912, Bd. 107, H. 2—3. (S. 118*.)

357. *Münzer, A.* (Berlin-Schlachtensee), Über die ätiologische Bedeutung psychischer Insulte bei Erkrankungen der Blutdrüsen. Berl. klin. Wschr. Nr. 25, S. 1165. (S. 144*.)

358. *Münzer, A.* (Berlin-Schlachtensee), Über die Einwirkungen der Blutdrüsen auf den Ablauf psychischer Funktionen. Berl. klin. Wschr. Nr. 13, S. 582. (S. 117*.)

359. *Muskens, L. J. J.*, Die Projektion der radialen u. ulnaren Gefühlsfelder auf die postzentralen u. parietalen Großhirnwindungen. Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 946. (S. 115*.)

360. *Muralt, L. v.*, Lungentuberkulose und Nervensystem. Ann. der schweiz. Balneolog. Gesellschaft VIII, 1912.

361. *Näcke, P.* (Hubertusburg), Über Fieberphantasmen im Wachen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 4, S. 463. (S. 123*.)

362. *Näcke, P.* (Colditz i. Sa.), Zwei sexologische Themen: 1. Die Zeugung im Rausche und ihre schädlichen Folgen. 2. Die „in



adäquate" Keimmischung (Keimfeindschaft). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. XI, H. 1 u. 2, S. 218.

363. *Näcke, P.* (Colditz), Einige Bemerkungen zu der postmortalen und muskelmechanischen Reizbarkeit. Neurol. Zentralbl. Nr. 14, S. 902.

364. *Näcke, P.*, Selbstmord, Verbrechen und Wahnsinn im Zusammenhange mit Funktionen der anatomischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 46, S. 347.

365. *Näcke, P.* (Hubertusburg), Die Trennung der Neurologie von der Psychiatrie und die Schaffung eigener neurologischer Kliniken. Neurol. Zentralbl. Nr. 2, S. 82.

366. *Neu, P.* (Galkhausen), Beitrag zur Behandlung von Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 19, S. 207. (S. 147*.)

367. *Neumann, H.* (Berlin), Die Bedeutung des Fazialisphänomens jenseits des Säuglingsalters. Deutsche med. Wschr. 1911 Nr. 17, S. 813.

368. *Neurath, R.*, Die Rolle des Scharlachs in der Äthiologie der Nervenkrankheiten. Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilkunde S. 103. (S. 137*.)

369. *Nickel*, Ohrmuschelmißbildungen bei Geisteskranken. Inaug.-Diss. Göttingen 1912.

370. *v. Niessl-Mayendorf* (Leipzig), Über die Mechanik der Wahnbildung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 294.

371. *v. Niessl-Mayendorf*, Spezielle Therapie der Geisteskrankheiten. Fortschritte der Med. Jahrg. XXX, Nr. 24. (S. 147*.)

372. *Noel* and *Souttar*, The intravenous Injection of Paraldehyde. The Lancet, 21. September.

373. *Oberholzer, Emil*, Über die Wirkung der Kastration auf die Libido sexualis. „Sexualprobleme", Ztschr. f. Sexualwissenschaft u. Sexualpolitik, Jahrg. 8, H. 12, Dez. 1912. (S. 130*.)

374. *Orlowski, P.*, Der präneurotische Urin. Ztschr. f. Urologie Bd. VI H. 7. (S. 135*.)

375. *Orr, D.* (Prestwich), Some points complementary to the institution of post-graduate instruction in psychiatry. Journ. of ment. science 1912, vol. 58, no. 240, p. 39.



376. *Ortenau* (Reichenhall-Nervi), Sieben Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 2388.

377. *Pach, Heinr.* (Budapest), Vergiftungen und Selbstmorde in Budapest während 24 Jahren. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 12, S. 247.

378. *Paris, A.*, Confusion mentale et suggestions accidentelles. Le Bulletin méd. no. 72, p. 811.

379. *Patschke, F.*, Luminal bei Geisteskranken. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 14, S. 899.

380. *Pelman, C.* (Bonn), Erinnerungen eines alten Irrenarztes. 145 S. 3 M. Bonn. Fr. Cohen. (S. 112*.)

381. *Pennsylvania*, University of Pennsylvania sixth annual report of the Henry Phipps institute for the study, treatment and prevention of Tuberculoses. Philadelphia 1912, Henry Phipps Institute.

382. *Peretti, J.* (Grafenberg), Gynäkologie und Psychiatrie. Vortrag gehalten auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Münster am 17. September 1912. (S. 140*.)

383. *Petit, G.*, Réactions provoquées par l'élipse solaire du 17. avril 1912 chez quelques aliénés. L'encéphale, 10. juillet, p. 51.

384. *Pfeiffer, H.*, Über den Selbstmord. Eine pathologisch-anatomische und gerichtlich-medizinische Studie. 195 S. 6,50 M. Jena. G. Fischer. (S. 126*.)

385. *Pfeiffer, H.*, u. *Albrecht, O.* (Graz), Zur Kenntnis der Harntoxität des Menschen bei verschiedenen Krankheitsformen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. 3, S. 409.

386. *Pfeiffer, H.*, u. *Albrecht, O.*, Zur Kenntnis der Harntoxität bei verschiedenen Krankheitszuständen. Wiener klin. Wschr. Nr. 15. (S. 136*.)

387. *Pfersdorff* (Straßburg), Die Gruppierung der sprachlichen Assoziationen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31. 5 M.

388. *Pfister, O.* (Zürich), Die psychologische Enträtselung der religiösen Glossolalie und der automatischen Kryptographie. 107 S. 3. M Leipzig u. Wien. Franz Deuticke.

389. *Piazza, Angelo*, Il „Pantopon" in Psichiatria. Rivisti di psichiatria vol. V, no. 1. (S. 155*.)



390. *Pick, Fr.* (Prag), Über Vererbungen von Krankheiten. Deutsche med. Wschr. Nr. 11, S. 504. (S. 129*.)

391. *Picqué, Lucien*, Psychothérapie et psychothérapeutique chirurgicae. La tribune médicale no. 5, mai, p. 193.

392. *Picqué, L.*, Psychopathies et chirurgie. I. Doctrines et faits. 228 p. 4 Frcs. Paris. Masson u. Co. (S. 146*.)

393. *Piéron, H.*, L'Oeuvre d'Alfred Binet. Revue de Psychiatrie 1912, no. 6, p. 244.

394. *Pighini, G.*, Über die Indophenol-Oxydase im Zentralnervensystem, in der Tela choroidea und in der Zerebrospinalflüssigkeit. Biochemische Ztschr. Bd. 42, H. 2 u. 3. (S. 114*.)

395. *Pilcz, A.* (Wien), Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte. 328 S. 7,50 M. (S. 113*.)

396. *Piquié, L.*, Note sur les corps étrangers chez les aliénés. Bulletin de la soc. clin. de méd. ment. p. 91.

397. *Polvani, F.*, Sopra una forma di stereotipia frequente nei frenastenici. Rivista Sperimentale di Freniatria 1911, vol. XXXVII, p. 895—927.

398. *v. Rad* (Nürnberg), Klinische Erfahrungen mit Adamon, einem neuen Sedativum. Die Therapie der Gegenwart 53. Jahrg., H. 2, Februar 1912. (S. 153*.)

399. *v. Rad, K.* (Nürnberg), Heredofamiliäre Erkrankungen des Nervensystems mit heterologem Vererbungstypus. Neurol. Zentralbl. Nr. 4. (S. 144*.)

400. *Radl, Em.*, Neue Lehre vom zentralen Nervensystem. 12 M. Leipzig. W. Engelmann. (S. 113*.)

401. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. 3. vermehrte u. verbesserte Aufl. 188 S. 3 M. Berlin 1912. A. Hirschwald. (S. 119*.)

402. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Über Luminal, ein neues Schlafmittel. Med. Klin. 1912, Nr. 21, S. 865. (S. 151*.)

403. *Raecke, J.*, Über Schwangerschaftspsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Indikation zum künstlichen Abort. Med. Klin. Nr. 36, S. 1456. (S. 142*.)

404. *Ranschburg, P.* (Budapest), Die Gedächtnisschwäche (Mnemasthenie) und ihre Behandlung. Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 2393, Nr. 52, S. 2441.

405. *Rehm, Fr.* (Blankenburg), Veronal oder Medinal? Psych.-neurol. Wschr. 14. Jahrg., Nr. 7, S. 75. (S. 152*.)

406. *Reichardt, M.* (Würzburg), Untersuchungen über das Gehirn, II. Teil: Hirn und Körper. 500 S. 15 M. (Arbeiten aus der Psych. Klinik zu Würzburg, VII. H.) Jena. Gustav Fischer. (S. 116*.)

407. *Reichmann, V.*, Zur Technik der Lumbalpunktion und der Untersuchung des liquor cerebrospinalis. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 468. (S. 134*.)

408. *Reichmann, V.*, Der Wert und die Gefahren der Lumbalpunktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XI. Bd., 5. H., S. 581. (S. 134*.)

409. *Reid, Eva Charlotte* (Washington), Manifestations of manic-depressive insanity in literary genius. Americ. journ. of insan. vol. 58, no. 4, p. 595.

410. *Reiss, P.* (Bayreuth), Über Luminal und dessen Anwendung bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. XIV, Nr. 5, S. 50. (S. 151*.)

411. *Reiter*, Ein Fall von akuter Geistesstörung unter dem Eindruck der Schwurgerichtsverhandlung. H. Groß' Arch. Bd. 32, S. 332. (S. 140*.)

412. *Rémond* (de Metz), *A.*, et *Sauvage* (Toulouse), Sinistrose et psychose à forme confusionelle. Ann. méd.-psych. 70e année, no. 4 u. 5, oktobre-novembre, p. 336.

413. *Rémond, A.*, et *Voivenel, P.*, Le génie littéraire. 304 S. Paris 1912. Felix Alcan.

414. *Ribot, Th.*, Les mouvements et l'activité inconsciente. Revue philosophique no. 7, juillet, p. 65.

415. *Ricker* u. *Dahlmann*, Beiträge zur Physiologie des Weibes. Samml. klin. Vorträge. Neue Folge. Nr. 645/47. Leipzig 1912. J. A. Barth. 2,25 M.

416. *Riebel, Paul* (Metz), Nervöse Nachkrankheiten des Mülheimer Eisenbahnunglücks. 30. März 1910. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, Ergänzungsheft S. 203.

417. *Roemer* (Illenau), Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie H. 3, S. 292. (S. 128*.)

418. *Rösing* (Hamburg), Hermann Georg Wilhelm Kellner. Ztschr.

f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 1912, Bd. V, H. 3—5, S. 209.

419. *Rohleder, H.* (Leipzig), Die Zeugung unter Blutsverwandten. 174 S. 4,20 M. Leipzig. G. Thieme. (S. 131*.)

420. *Rosenberg* (Prag), Zur Pathologie der Orientierung nach rechts und links. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane, I. Abt., Bd. 61, H. 1, S. 25.

421. *Roubinovitsch* et *Filassier*, Dégénérescence mentale; persécuté-persécuteur; interprétations multiples. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. p. 77.

422. *Ruckert, R.* (Zehlendorf), Gynäkologische Leiden als Ursachen weiblicher Psychosen. Intern. med. Monatshefte Jahrg. II, Nr. 1/2, S. 7. (S. 139*.)

423. *Rüdin* (München), Zur Frage der gleichartigen Vererbung bei Dementia praecox (mit Projektionen). Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 115.

424. *Rühle* (Uchtspringe), Gefäßveränderungen und Abbauvorgänge im Zentralnervensystem nach experimenteller Methylalkohol-vergiftung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 693.

425. *Ruiz, Diego*, La quimica que no debe ignorar el clinico psiquiatria. Revista frenopatica española 1912, año X, no. 112, p. 97.

426. *Sahli, H.* (Bern), Über den neurologischen Unterricht an den schweizerischen Universitäten. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1912, Nr. 6.

427. *Séglas, J.*, et *Dubois, R.*, Notes cliniques sur les aliénés gémisseurs. Ann. méd.-psychol. 70e année, no. 4 u. 5, oktobre-novembre, S. 324.

428. *Séglas* et *Lorge*, Délire imaginatif de grandeur avec appoint interprétatif. L'encéphale no. 1.

429. *Seige, Max* (Partenkirchen), Neuere Arbeiten über narkotische Mittel, besonders Schlafmittel. Med. Klin. Nr. 47, S. 1920.

430. *Seige, Max* (Partenkirchen), Klinische Erfahrungen mit Neuronal. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1828. (S. 152*.)

431. *Semelaigne, R.* (Paris), Aliénistes et Philantropes, 548 p. Paris. G. Steinheil. (S. 112*.)



432. *Semon, R.* (München), Das Problem der Vererbung erworbener Eigenschaften. 203 S. 3,20 M. Leipzig. Wilhelm Engelmann. (S. 129*.)

433. *Sérieux, P.*, et *Capgras, J.*, Le messianisme d'un faux Dauphin (Naundorff). Journ. de psychol. normale et pathol. no. 4, p. 289.

434. *Sérieux, P.*, et *Sibert, L.*, Les lettres de cachet „Prisonniers de famille et placements volontaires". Bulletin de la soc. de méd. mentale de Belgique, février. no. 160, p. 38.

435. *Siemens* (Lauenburg i. P.), Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts über die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 725.

436. *Siemerling, E.* (Kiel), Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes beim Weibe und die gynäkologische Prophylaxe dagegen. Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 2. (S. 139*.)

437. *Sikorsky* (Kiew), Le pouls des aliénés. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 258.

438. *Simonstein, H.* (Berlin), Versuche mit dem neuen Schlafmittel Aponal. Allg. med. Zentralztg. 1912, Nr. 11.

439. *Singer, K.* (Berlin), Aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. (Sammelreferat.) Med. Klin. Nr. 12, S. 495.

440. *Singer, Kurt* (Berlin), Zur Bewertung der Reflexanomalien, besonders bei gutachtlichen Äußerungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 44, S. 2063.

441. *Singer, K.* (Berlin), Über Wirkung und Anwendung des Pantopon. Med. Klin. 1912, Nr. 3, p. 116.

442. *Sioli, Fr.* (Bonn), Über klinische Erfahrungen mit einem neuen Schlafmittel, dem Luminal, und seinem Natriumsalz. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 1374. (S. 151*.)

443. *Smith, W. B.* (Melbourne), The address in neurology and psychiatry. Journ. of ment. science vol. 58, p. 1.

444. *Söderbergh, G.* (Falun), Über Babinski's l'inversion du reflex du radius. Neurol. Zenralbl. Nr. 7, S. 416. (S. 143*.)

446. *Sommer, R.*, Über die Methoden der Intelligenzprüfung. Klinik

für psychische u. nervöse Krankheiten Bd. VII, H. 1, S. 1. (S. 124*.)

147. *Sommer, R.* (Gießen), Bericht über den II. Kurs mit Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen vom 9. bis 13. April 1912. Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten Bd. VII, 2. H., S. 150. (S. 132*.)

448. *Sommer, R.* (Gießen), Bemerkungen zu dem Aufsatze von W. H. Becker: „Ist die Dementia praecox heilbar?" Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten 1912, Bd. VII, H. IV, S. 382. (S. 132*.)

449. *Soukhanoff, J.* (St. Petersburg), De la soi-disant folie gémellaire. Revue de psych. tome 16, no. 12, p. 486.

450. *Suchanow, S. A.*, Pathologie des Moralismus. Fragen der Philosophie u. Psychologie 1912, H. 1 (russisch). (S. 141*.)

451. *Sweasy Towers, W. J.*, Four interestings cases of emotional dreamstate from the psychiatrical wards of the Royal Charité-hospital in Berlin. The journ. of nervous and ment. disease vol. 39, no. 6, p. 375.

452. *Szécsi, St.*, Weitere Beiträge zur Zytologie des Liquor cerebrospinalis: Über die sog. Degeneration der Zellen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. IV, S. 481. (S. 133*.)

453. *Schaefer, P.* (Frankfurt a. M.), Über klinische Erfahrungen mit einem neuen Sedativum und Hypnotikum, dem Luminal. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 1038. (S. 151*.)

454. *Schaffer, Karl* (Budapest), Hirnpathologische Beiträge. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 1—2, S. 205.

455. *Schall, H.*, u. *Heisler, A.*, Nahrungsmitteltabelle. Zur Aufstellung und Berechnung von Diätverordnungen für Krankenhaus, Sanatorium u. Praxis. 56 S. 2,70 M. Würzburg. C. Kabitsch.

456. *Scharpff*, Hirngewicht u. Psychose. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 49, H. 1, S. 242. (S. 116*.)

457. *Scheidemantel, Eduard* (Nürnberg), Trauma und Infektion. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med. 1912.

458. *Schelenz, H.* (Kassel), Shakespeare und sein Heilfaktor Musik. Berl. klin. Wschr. Nr. 28, S. 1352. (S. 146*.)

459. *Schenk, P.*, Periodische Geistesschwäche. Deutsche Med.-Ztg. Nr. 36. (S. 123*.)



460. *Schickele, G.* (Straßburg), Zur Deutung seltener Hypertonien. Med. Klin. Nr. 31, S. 1262.

461. *Schmiedeberg, O.*, Arzneimittel u. Genußmittel. (Aus Natur u. Geisteswelt, Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen.) 140 S. 1 M. Leipzig. B. G. Teubner. (S. 146*.)

462. *Schneidemühl, G., Näcke, P.* (Kiel-Hubertusburg), Psychologie der Handschrift. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 4.

463. *Schneider, K.*, Über einige klinisch-psychologische Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse. Zugleich ein Beitrag zur Psychopathologie der Korsakowschen Psychose. Inaug.-Diss. Tübingen. (S. 123*.)

464. *Schönfeld, A.* (Brünn), Selbstverstümmelung und Selbstmord bei Geisteskranken. Prag. med. Wschr. Nr. 67. (S. 127*.)

465. *Scholomowitz, A. S.*, Heredität und psychische Degenerationszeichen bei Geisteskranken und Geistesgesunden. Ruski Wratsch 1912, Nr. 33 (russisch).

466. *Schroeder, K.* (Altscherbitz), Über den ernährungstherapeutischen Wert von Maggis Würze. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 32, S. 1503.

467. *Schultze, B. L.* (Jena), Für Diagnose und operative Behandlung der Genitalkrankheiten der weiblichen Irren. Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 14. (S. 138*.)

468. *Schultze, B. L.* (Jena), Über die Notwendigkeit gynäkologischer Diagnose und operativer Therapie in den Irrenhäusern. Gynäkolog. Rundschau Jahrg. VI, H. 1. (S. 139*.)

469. *Schumann*, The relation of pelvic disease in women to mental disturbances. New York medical journ. no. 5.

470. *Schumburg*, Die Geschlechtskrankheiten, ihr Wesen, ihre Verbreitung, Bekämpfung und Verhütung. (Aus Natur u. Geisteswelt, Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen). Bd. 251. Leipzig. B. G. Teubner. (S. 121*.)

471. *Schuppius* (Breslau), Über Erblichkeitsbeziehungen in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 2, S. 217. (S. 129*.)

472. *Schwartz*, Les fonctions du cerveau et le problème des localisa-

tions. Essais de psycho-physique. La Clinique 1912, no. 15, p. 225.

473. *Steckel, W.* (Wien), Die Träume der Dichter. Eine vergleichende Untersuchung der unbewußten Triebkräfte bei Dichtern, Neurotikern und Verbrechern. Wiesbaden. Bergmann 6,65 M.

474. *Stern, F.*, Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 14, S. 281. (S. 122*.)

475. *Steyerthal, A.* (Kleinen a. M.), Die Stigmata Diaboli. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. XIII, Nr. 53, S. 529.

476. *Stier, E.* (Berlin), Die funktionellen Differenzen der Hirnhälften und ihre Beziehungen zur geistigen Weiterentwicklung der Menschheit. Deutsche med. Wschr. Nr. 44, S. 2061.

477. *Stier* (Berlin), Die funktionellen Differenzen der Hirnhälften und ihre Beziehungen zur geistigen Weiterentwicklung der Menschheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 763.

478. *Stier, E.* (Berlin), Zur Ätiologie des konträren Sexualgefühls. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 3, S. 221. (S. 141*.)

479. *Stoeckel, W.* (Kiel), *L. M. Bossi* (Genua), Die gynäkol. Prophylaxe bei Wahnsinn. Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 27. (S. 139*.)

480. *Straub, W.*, Über Narkophin, ein rationelles Opiumpräparat. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 28, S. 1542.

481. *Stransky, E.* (Wien), „Der Zwiesinn". Einige Bemerkungen zu Breslers gleichnamigem Aufsatz in Nr. 3 u. 4 d. psych.-neurol. Wschr. 1912. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 14, S. 155.

482. *Strohmayer, W.* (Jena), Psychiatrisch-genealogische Untersuchung der Abstammung König Ludwigs II. und Ottos I. von Bayern. 68 S. 1,80 M. Wiesbaden. J. F. Bergmann. (S. 132*.)

483. *Stultz* (Berlin), Adamon. Therapie der Gegenwart Nr. 12.

484. *Stursberg, H.* (Bonn), Bemerkungen über Codeonal und Codeinum diaethylbarbituricum. Münch. med. Wschr. Nr. 18, S. 983. (S. 154*.)

485. *Tastevin, J.*, Les émotions afflictives. Revue neurologique no. 12, 30. juin, p. 785.

486. *Taylor*, *J. M.*, Asexualization of the unfit. Alienist and Neurologist 1912, vol. 33, no. 10.

487. *Thöle* (Hannover), Über Jucken und Kitzeln in Beziehung zu Schmerzgefühl u. Tastempfindung. Neurol. Zentralbl. 1912 Nr. 10, S. 610. (S. 121*.)

488. *Tiling*, *K.* (Berlin), Adalin. Therap. Monatsh. Nr. 10.

489. *Topp*, *R.* (Berlin-Weißensee), Über Aleudrin, ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel. Berl. klin. Wschr. Nr. 47 (S. 154*.)

490. *Topp*, *R.* (Berlin-Weißensee), Sanatogen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 23.

491. *Topp*, *R.*, Über Leukrol in der Therapie der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Fortschritte der Medizin Januar 1913. (S. 155*.)

492. *Topp*, *Rudolf* (Berlin-Weißensee), China-Lecin und Lecin bei Nerven- u. Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 11, S. 120. (S. 155*.)

493. *Torren*, *J. v. d.*, Das normale Verhören, Versprechen, Verlesen und Verschreiben nebst ihren Beziehungen zur Pathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. u. Ergebnisse Bd. 4, H. 7, S. 657. (S. 121*.)

494. *Torren*, *J. van der* (Hilversum), Psychosen u. Psychoneurosen auf dem Boden einer überwertigen Idee. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. (Orig.) Bd. 9, H. 1, S. 91. (S. 122*.)

495. *Toulouse*, *Ed.*, et *Piéron*, *H.*, Contribution à l'étude du Réflexe rotulien; Reflexes et Sommeil; Reflexes et Bromuration. Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale 16e année, tome 16, no. 7, p. 271.

496. *Toulouse* et *Mignard* (Villejuif), L'autoconduction. Revue de Psychiatrie no. 1, p. 1.

497. *Traugott*, *R.* (Breslau), Adalin (Sammelreferat). Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 3. (S. 154*.)

498. *Treiber*, *G.* (Landsberg), Erfahrungen mit Luminal bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIV, Nr. 22, S. 247. (S. 150*.)

499. *Trénel*, Délire systématisé et syndrome circulaire. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 238.



500. *Trénel*, Folie intermittente et psychoses familiales. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 6, p. 205.

501. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Normale und pathologische Extremitätenreflexe. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde Bd. 43, (S. 125*.)

502. *Truc*, *G.*, Les états mystiques négatifs. Revue philosophique no. 6, juin, p. 610.

503. *Turner*, *J.* (Brentwood), The classification of insanity. The journ. of ment. science 1912, vol. 58, no. 240, p. 9.

504. *Uhlmann*, *Fr.* (Schussenried), Das Adalin in der psychiatrischen Anstaltspraxis. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35, S. 406. (S. 154*.)

550. *Urstein* (Warschau), Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 707.

506. *Varenne*, Essai sur la psychologie éthnique de quelques races asiatiques. Archives internat. de Neurol., 34e année, vol. I, p. 25.

507. *Vernet*, *Georges* (Alençon), Un médecin satyre. Ann. méd.-psychol. 70e année, no. 5, p. 554. (S. 145*.)

508. *Vidoni*, *G.*, e *Tanfani*, *G.*, A proposito della vazzinacione negli ammalati di mente. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVIII, p. 493—503.

509. *Vinchon*, *J.* (St. Anne), La psycho-physiologie et la psychiatrie dans les oeuvres d'Ambroise Paré. Revue de psych. no. 9, p. 366.

510. *Vinchon*, *M. J.* (Sainte-Anne), La périodicité et les obsessions dans l'oeuvre de Morel. Revue de psych. 1912, no. 8, p. 327.

511. *Viton*, *Juan José* (Buenos-Aires), Reflejos cutáneos y mucosos. Rivista frenopatica española año X, no. 109, p. 11.

512. *Vogt*, *H.* (Wiesbaden), Über Erziehung der Gefühle (kritische Betrachtungen zur modernen Psychotherapie). Med. Klin. Nr. 15, S. 607. (S. 147*.)

513. *Voivenel*, *P.* (Toulouse), Des résistances des qualités littéraires et musicales aux causes de démence. 50 S. Toulouse 1912. G. Mollat. (S. 124*.)



514. *Voivenel, P.* (Toulouse), Du rôle de la maladie dans l'inspiration littéraire. Toulouse 1912. G. Mollat.

515. *Voß, G.* (Düsseldorf), Über die psychologischen Hilfsmittel der modernen psychiatrischen Diagnostik. Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 696. (S. 118*.)

516. *Wagner v. Jauregg, J.* (Wien), Über krankhafte Triebhandlungen. Wiener klin. Wschr. Nr. 11. (S. 143*.)

517. *Walter, X.* (Krakau), Über die Wirkung des Adalins. Wiener klin. Wschr. 1912, Nr. 26.

518. *Walthard, M.* (Frankfurt a. M.), Über die Bedeutung psychoneurotischer Symptome für die Gynäkologie. Zentralbl. f. Gynäk. 1912, Nr. 16. (S. 139*.)

519. *Wanke* (Friedrichsroda), Psychiatrie und Pädagogik in Beziehung zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 767.

520. *Wanke* (Friedrichsroda), Psychiatrie und Pädagogik in Beziehung zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31, S. 353.

521. *Wassermeyer* (Bonn), Über Selbstmord. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 2, S. 275.

522. *Wassermeyer, M.* (Bonn), Über Selbstmord. Arch. f. Psych. u. Neurol. 1912, Bd. 50, H. 1, S. 255. (S. 126*.)

523. *Weinberg, W.* (Stuttgart), Über Methoden der Vererbungsforschung beim Menschen. Berl. klin. Wschr. Nr. 14, S. 646. (S. 127*.)

524. *Weinberg, W.* (Stuttgart), Vererbung und Soziologie. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 1030. (S. 128*.)

525. *Wells, F. L.* (Waverley, Mass.), Critique of impure reason. Journ. of abnormal psychology. June-July.

526. *Wells, F. L.* (Waverley, Mass.), The relation of practice to individual difference. Americ. Journ. of psychology vol. 23, p. 75, Januar 1912.

527. *Westphal, A.* (Bonn), Weiterer Beitrag zur Pathologie der Pupille. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 38, S. 1769. (S. 143*.)

528. *Wetzel, A.* (Heidelberg), Über ein neues Schlafmittel „Luminal" mit spezieller Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit zur



subkutanen Injektion. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 20, S. 937. (S. 151*.)

529. *Weygandt, W.* (Hamburg-Friedrichsberg), Die ausländischen, insbesondere die überseeischen Geisteskrankheiten. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 2, S. 85.

530. *Weygandt, W.* (Friedrichsberg-Hamburg), Der Seelenzustand der Tuberkulösen. Med. Klin. Nr. 3, S. 91.

531. *Widmer, C.* (Zofingen), Die Rolle der Psyche bei der Bergkrankheit und der psychische Faktor bei Steigermüdungen. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 912. (S. 143*.)

532. Wiener psychoanalytische Vereinigung. Die Onanie. 140 S. 4 M. Wiesbaden. Bergmann.

533. *Wiest, Anna* (Stuttgart), Beschäftigungsbuch für Kranke und Rekonvaleszenten, Schonungsbedürftige jeder Art, sowie für die Hand des Arztes. 351 S. 5 M. Stuttgart 1912. F. Enke. (S. 147*.)

534. *Williams*, The Care of the Mentally Disturbed. Not permamently insane. New York Med. Journ. 28. September.

535. *Winternitz, H.*, Über Chineonal, die chemische Verbindung von Chinin und Veronal. Med. Klin. Nr. 15, S. 614. (S. 154*.)

536. *Wolfsohn, G.*, u. *Markuse, E.* (Berlin), Neurofibromatosis und Akromegalie. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 23, S. 1088.

537. *Zehbe* (Breslau), Narkophin, ein neues Morphiumersatzmittel. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1543. (S. 154*.)

538. *Zieler, K.* (Würzburg), Die gonorrhoischen Allgemeinerkrankungen. Med. Klin. Nr. 6, S. 219.

539. *Zimmer, A.* (Wien), Funktionelle Worttaubheit. Wien. med. Wschr. 1912, Nr. 10.

540. *Zsakó*, Muskelmechanische Erscheinungen nach dem Tode. Neurol. Zentralbl. S. 675.

541. *Zweig, A.* (Düsseldorf-Berlin), Die traumatischen und chemischen Schädigungen des Nervensystems. (Sammelreferat über die Arbeiten vom 1. Juli bis 31. Dezember 1911.) Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 35, S. 1665.

542. *Zweig, A.* (Dalldorf), Die diagnostischen und prognostischen Fortschritte in der Psychiatrie (Januar bis Juli 1911). (Sammelbericht.) Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 3, S. 59.



543. *Zweig, A.*, Die diagnostischen und prognostischen Fortschritte der Psychiatrie. (August bis Dezember 1911.) (Sammelbericht.) Berl. klin. Wschr. Nr. 18, S. 836.

I. Allgemeines.

Kirchhoff (253) schildert die Psychiatrie im Altertum, im Mittelalter und in der Neuzeit und gibt so einen vorzüglichen Überblick über ihre Entwicklung. Seine Ausführungen zu den Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens verdienen besondere Beachtung.

Pelman (380) schildert in geistreicher, launiger Weise seinen Lebensgang als Irrenarzt und seine Erlebnisse beim Militär und im schleswigschen Feldzuge. Mit Interesse hören wir von den Anstaltsverhältnissen vor 50 Jahren, von dem erfolgreichen Wirken des verdienstvollen Autors in Stephansfeld, Grafenberg und Bonn. *Pelmans* Erinnerungen bilden einen wertvollen Beitrag zur Geschichte der Irrenpflege.

Semelaigne (431): Zwei Reformatoren des Irrenwesens, *Pinel* und *Tuke*, haben in *Semelaigne* ihren Biographen gefunden. Beide wirkten um die Wende des 18. Jahrhunderts. Die *Pinels* weisen mehrere Ärzte auf, deren berühmtester *Philipp Pinel* ist. *Pinel* war sehr vielseitig tätig: als Mathematiker, als allgemeiner Arzt, zuletzt als Psychiater. Aus seinen hinterlassenen Papieren erfahren wir die schon oft geschilderte Befreiung der Geisteskranken in der Salpêtrière von ihren Ketten. Aber dabei blieb *Pinel* nicht stehen. Fast alle unsere jetzigen Behandlungsmethoden finden sich bei ihm wenigstens angedeutet: Beschäftigung der Kranken, Entlohnung, warme Bäder, Sondenfütterung (mit einer Röhre durch die Nase), Opiumbehandlung der Melancholie. Nur die Bettbehandlung fehlt. Das Werk *Pinels* wurde von einigen seiner Nachkommen fortgesetzt. — Der Engländer *William Tuke* war kein Arzt, sondern lediglich Philanthrop. Er gehörte der Sekte der Quäker an und bestimmte seine Freunde zum Bau einer Irrenanstalt, als deren Leiter er dann die zwangsfreie Behandlung einführte. Eine Beschreibung seiner Anstalt wurde von *Jakobi* übersetzt. Von seinen Nachkommen hat sich *Hack Tuke* einen Namen als Psychiater erworben. — Für den Geschichtsfreund bietet *Semelaignes* Werk eine anregende Lektüre, für den Geschichtsforscher wird es unentbehrlich sein, da es auch eine übersichtliche Darstellung der literarischen Arbeiten der geschilderten Persönlichkeiten gibt. (*Ganter.*)

Kerns (251) interessante Ausführungen sollen zeigen, daß auch die Ursprünge unserer geistigen Fähigkeiten der anthropologischen Forschung zugänglich sind. Sprache, Werkzeuge und feste Wohnstätten sind die wesentlichsten Ausgangspunkte für die Entwicklung des menschlichen Geisteslebens gewesen, in der Staatenbildung sehen wir den Hebel für eine Loslösung aus den Fesseln des Naturgetriebes.

Möbius' (351) oft angefeindetes Werk über den physiologischen Schwachsinn des Weibes liegt in zehnter Auflage vor. Form und Einteilung sind unverändert geblieben. Die anfangs vielfach verkannte Tendenz wird jetzt wohl kaum noch in Zweifel gezogen. Der Autor schildert vom Standpunkte des Mediziners aus die großen, tatsächlich vorhandenen Geschlechtsunterschiede und ihre Konsequenzen.

Chaslin (72): Das Lehrbuch soll den Studierenden und praktischen Arzt die Klinik der Geisteskrankheiten einführen. Der 1. Teil behandelt die Symptome ızeln, gruppiert in Störungen des Gemütslebens, der Verstandeskräfte, des Willens, nn die Halluzinationen, Wahnideen, körperlichen Begleitsymptome. Jedesmal leuchtet ein kurzer Ausschnitt aus einer Krankengeschichte die Bedeutung des ›rliegenden Symptoms. Der 2. Teil schließt sich eng an den Gang einer klinischen ›rlesung an: erst die Krankengeschichte und die Unterredung mit dem Kranken, ınn die Erklärung. Verf. will eben vorzüglich die Symptomatologie und Diagnose ·ingen, so daß die pathologische Anatomie, die Chemie, die Therapie weniger ein- ›hend behandelt werden. Den Schluß bilden Untersuchungsschemata und ein briß über die gesetzlichen Bestimmungen. Im ganzen genommen weicht die .uffassungsweise der (funktionellen) Geisteskrankheiten bei den Franzosen vielfach on der unserigen ab. Der Franzose hat eine Vorliebe dafür, Krankheiten nach dem ervorstechendsten Symptom zu diagnostizieren. Daher die vielen Formen der 'aranoia (folies systématisées) und der Demenz. Die Dementia praecox, die Verf. ›lie discordante benennt, schrumpft demgemäß sehr zusammen, geradeso geht es .uch dem manisch-depressiven Irresein. Der Franzose hat eben die von *Kraepelin* ;elehrte Betrachtungsweise, den über das ganze Leben sich hinziehenden Krank- ıeitsverlauf zur Grundlage der Diagnose zu machen, sich nicht zu eigen gemacht: ›r diagnostiziert ausschnittweise. — Das Buch liest sich auch für den Deutschen wegen der einfachen und klaren Darstellungskunst angenehm. (*Ganter.*)

Pilcz' (395) bekanntes Lehrbuch der speziellen Psychiatrie liegt in 3. Auflage vor. Die Einteilung hat keine wesentlichen Änderungen erfahren. Die arterio-sklerotische Demenz ist diesmal in einem besonderen Kapitel abgehandelt. Auch die übrigen Abschnitte haben den neuen Erfahrungstatsachen entsprechende Ergänzungen und Erweiterungen erfahren. Das Lehrbuch vertritt vornehmlich die Lehren der Wiener Schule und wendet sich in erster Linie an Studierende und praktische Ärzte.

Rádls (400) Buch hat nach seinem eigenen Ausspruch als Endziel die Darstellung einer neuen Philosophie der organischen Natur. Seine Ausführungen gliedern sich in Abschnitte über die Augen der Tiere, die Nervenzentren im allgemeinen, die Typen der Sehzentren, die Asymmetrie der optischen Zentren, Kaskadenfasern, über invertierte Nervenbahnen und Ganglien, über die lichtempfindliche Schicht des Auges, Nervenkreuzungen und die Länge der Nervenbahnen. Er glaubt gefunden zu haben, daß, im Gegensatze zu den herrschenden Lehren, sich der innere Bau der Sehzentren aller Tierwesen einem und demselben Typus unterordnen läßt, daß die Asymmetrie bei allen Organismen diese Zentren beherrscht, daß die kaskadenförmigen Krümmungen der Nervenfibrillen bei den Würmern ebenso wie bei den Menschen vorkommen, daß die Inversion der Ganglien und die Nervenkreuzungen bei allen Tieren denselben Regeln gehorchen. „In der Auffassung der Einheit des Planes liegt der kritische Punkt der morphologischen Ausführungen dieser Schrift.“ Außerdem erstrebt er die Emanzipation der anatomischen Wissenschaft von der Vormundschaft bestimmter psychologischer Hypothesen. Die Abhandlung





bietet in der Tat viel des Neuen und von der üblichen Betrachtungsweise Abweichenden.

Edingers (109) Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems liegt in zweiter Auflage vor und schildert in Form von Vorlesungen kurz und präzis das Wichtigste, was wir heute vom Bau des Nervensystems wissen. Die instruktiven Abbildungen sind erheblich vermehrt. Die neu hinzugefügte 18. Vorlesung gibt an der Hand von Frontalschnitten eine kurze Übersicht über die Topographie des Gehirns und vermittelt den Anschluß der Anatomie an die Physiologie.

Mauss (333) gibt eine zusammenfassende Übersicht über den heutigen Stand unserer Kenntnisse vom Zell- und Faserbau der Großhirnrinde und dessen örtlichen Variationen und erörtert kurz, inwieweit die Ergebnisse einer strukturellen Kortexanalyse für die experimentelle Physiologie und die klinisch-pathologische Lokalisationslehre nutzbar gemacht werden können. Der Autor faßt seine Ausführungen dahin zusammen: Die Anschauung, daß die Großhirnrinde ein morphologisch einheitliches, ziemlich gleichmäßig gebautes Organ darstellt, kann nicht mehr aufrecht erhalten werden. Der Hirnmantel zerfällt vielmehr allenthalben in eine Anzahl spezifisch gebauter, territoriell genau umgrenzbarer Gewebskomplexe, die je nach ihrer Zahl, ihrer räumlichen Gestaltung und Lagebezeichnung außerordentlich mannigfaltige Kombinationsmöglichkeiten bieten und auf diese Weise die große Variabilität in der Rindenfelderung einzelner Tiergruppen bedingen. Mit dem Aufsteigen eines Tieres im System wächst die Zahl seiner Rindenfelder. Der Höhepunkt der topischen Differenziation wird bei den Primaten, beim Menschen erreicht. Ein Zusammenhang zwischen anatomischer Struktur und physiologischer Funktion der Rinde besteht in der Tat.

Löwenstein (300) gibt eine vorzügliche Übersicht über die heutigen Anschauungen von der Funktion des Kleinhirns, von der allgemeinen Kleinhirnphysiologie.

Pighini (394) untersucht, welche Rolle das Nervengewebe bei dem chemischen Vorgange der Indophenolsynthese spielt. Das blaue Indophenol bildet sich, wie früher festgestellt, aus α-Naphthol und Dimethyl-p-Phenylendiamin unter Sauerstoffaufnahme. Zum Ablauf der Reaktion ist die Anwesenheit eines Fermentes notwendig, einer „Oxydase", d. i. eines albuminoiden Stoffes, der in tierischen und pflanzlichen Geweben vorkommt. Die Versuche ergeben nun, daß diese Indophenoloxydase im Zentralnervensystem in der grauen Substanz, in den Drüsen der Tela chorioidea und im Liquor vorkommt. Verf. schließt auf besondere und verschiedene Zirkulationsverhältnisse des Liquors in Rinde und Mark und vermutet, daß diesem Ferment beim Stoffwechsel der Substanz eine wichtige Rolle zukommt.

Jacob (221) gelangt zu einer „monistischen Auffassung" aller Rindenfunktionen: „Die Hirnrinde hat sich in ganzer Ausdehnung bei den Säugern und dem Menschen monophyletisch aus zwei uranfänglich getrennten und auch funktionell verschiedenartigen Fundamentalschichten entwickelt. Beide Komponenten treten mit aufsteigender Reihe in der Rinde in viel geringeren morphologischen und funktionellen Kontakt, als es in den niederen Systemen für die sensorischen und motorischen Elemente irgendwo der Fall ist. Zufolge dieses Aufbaues ist die Rinde überall



owohl sensibel als motorisch veranlagt, es wechseln nur die Funktionsqualitäten ınd die Beziehungen zu den niederen Zentren. Infolge der Durchdringung beider Schichten ist nun weder ein ausschließlich sensibler noch ein rein motorischer Vorgang in irgendeinem Teile der Rinde möglich, sondern jeder sensible oder motorische Erregungszustand muß momentan den zugeordneten andern auslösen. Alle Rindenakte sind also a priori als von „gemischter, senso-motorischer" Natur aufzufassen. Jeder einzelne Elementarvorgang der Willens- oder Empfindungssphäre muß von Anfang an denselben gemischten Charakter tragen, und es ist falsch, schlechthin von Willens- und Empfindungsvorgängen als von etwas grundsätzlich verschiedenem zu sprechen, tatsächlich überragt nur jeweils die eine Komponente die andere; beide sind nur in ihren Tendenzen, nicht in ihrem Wesen verschieden."

Muskens (359) liefert einen wertvollen Beitrag zur Lokalisation der Gefühlsstörungen. Ebenso wie in der Projektion der Körperhälfte auf die Rinde der distale Teil der oberen Gliedmaßen bei weitem überwiegt, so sind auch manche Gefühlsqualitäten in der Rinde viel stärker lokalisiert als andere. Tastsinn und Lokalisationsvermögen als einfache, Muskelgefühl und stereognostischer Sinn als zusammengesetzte Gefühlsqualitäten sind als besonders reichlich in der Rinde vertreten anzusehen. Die Gefühlsfelder der Hand übertreffen die der andern Körperteile in außergewöhnlichem Maße: in diesem weiten Felde, das die hinteren zentralen und die parietalen Windungen betrifft, kann man ein mehr radiales und ein mehr ulnares Feld unterscheiden. Die sensiblen Felder der Hand greifen weit über die motorischen hinweg.

Sch. I. Franz (138) umschnitt oder zerstörte den lateralen Teil der Hinterhauptslappen bei Affen und stellte fest, daß keine Sehstörungen darnach auftraten (die Affen konnten verschieden gefärbtes und schmeckendes Brot wie sonst gut unterscheiden), nur Koordinationsstörungen beim Ergreifen von Gegenständen machten sich geltend. Demnach hat im lateralen Teile der Hinterhauptslappen die Bewegungsempfindung für die Augenmuskeln ihren Sitz. (*Ganter.*)

Jacob (222) untersucht mittels der *Alzheimer*schen Färbemethoden die histologischen Vorgänge bei der sekundären Strangdegeneration und Rückenmarksdurchtrennung. Zur Untersuchung gelangen 14 Kaninchenrückenmarke nach doppelseitiger bezw. halbseitiger Durchschneidung und mit einer Degenerationsdauer von 2¼ bis 165 Tagen, ferner 2 Affen, deren motorische Rindenzone exstirpiert wurde; dann mehrere menschliche Fälle.

Die Gliazellen des normalen Kaninchenrückenmarkes teilt Verf. nach den Beziehungen zwischen Plasma und Kern in drei Gruppen: protoplasmareiche, protoplasmaarme und protoplasmaärmste Zellen. Der Abbau des zugrunde gehenden Markes und Achsenzylinders geschieht in überaus komplizierter Weise, indem immer neue Gliaelemente der Nachbarschaft die Zerfallsprodukte in sich aufnehmen und chemisch verändern. Hierbei werden die Abbaustoffe durch Übergang von einer Zelle zur andern weiterbefördert, während die Gliaelemente selbst im Gewebe verankert bleiben. Im Stadium von 80 Tagen bilden sich Gliazellen durch Vakuolisierung und Auftreten von Gitternetzen zu „Körnchenzellen" um. In dieser Zeit beginnt auch die Faservermehrung als Ausdruck der entstehenden Narbenbildung.

Bei dem ältesten Kaninchenmark von 165 Tagen nach der Durchschneidung sind die Abbauvorgänge noch in vollem Fluß, doch glaubt Verf. in Analogie zu den menschlichen Abräumvorgängen schließen zu dürfen, daß die letzte, beständige, rundliche Form der Gliagitterzellen mit den Abbaustoffen, die nunmehr die Form kleinerer Fettkugeln angenommen haben, in die Nähe der Gefäße gelangen, entweder aktiv oder passiv. In den Adventitialräumen der Gefäße werden nicht nur mesodermale Gefäßwandzellen durch Aufnahme des Fettes in Körnchenzellen umgewandelt, sondern Verf. nimmt an, daß auch gliogene Körnchenzellen nach Passieren der Membrana limitans gliae perivascularis in das mesodermale Gewebe zu liegen kommen.

Die experimentellen Ergebnisse an Kaninchen werden durch Untersuchungen von 6 Fällen von Pyramidenbahnentartung nach Apoplexien verschiedener Genese am Menschen trefflich ergänzt. Zahlreiche elegante Zeichnungen erläutern die verwickelten und vielgestaltigen Vorgänge.

Reinhardt (406) beschäftigt sich mit dem Einfluß von Hirnkrankheiten auf das Körpergewicht und untersucht die Frage, ob und inwieweit Erscheinungen, welche sich auf körperlichem Gebiete zeigen, mit solchen auf psychischem und neurologischem Gebiet in innerem Zusammenhange stehen. Er schildert das Körpergewichtsverhalten bei den einzelnen Hirnkrankheiten, erörtert seine Beziehungen zu den einzelnen Hirn- und Rückenmarkssymptomen und verbreitet sich dann über die Notwendigkeit täglicher Körpergewichtsbestimmungen bei Hirnkrankheiten. Die interessanten, anregenden Ausführungen zeigen, daß das jeweilige Körpergewichtsverhalten bei Hirnkranken das allergrößte Interesse verdient und wichtige Schlüsse für die Frage nach dem Wesen der Geisteskrankheiten erlaubt. Die Autointoxikationshypothese hat nach *R.* zurzeit bei weitem weniger Wahrscheinlichkeit für sich als die Annahme, daß die große Mehrzahl der Psychosen primäre Hirnkrankheiten sind.

Krueger (274) hat an der Rostocker Klinik an größerem Material Untersuchungen darüber angestellt, in welchem Verhältnis die Schädelmaße bei angeborenen Psychosen, besonders beim angeborenen Schwachsinn, zu den übrigen Geistesstörungen stehen. Er hat dabei festgestellt, daß die Kopfmaße der angeborenen Schwachsinnigen in der großen Mehrzahl der Fälle eine Verkürzung der Maße aufweisen. „Am gleichmäßigsten verkürzt ist die Ohrstirnlinie, die demgemäß von der hervorragendsten Bedeutung ist.“ „Eine Ohrstirnlinie bei Männern unter 30 cm Länge kann im Zweifelsfalle zugunsten der Imbezillität den Ausschlag geben.“ Von den weiblichen Imbezillen haben 54,54% eine Ohrstirnlinie unter 28 cm, 36,36% eine solche unter 27 cm.

Scharpff (456) erörtert die Frage, welche allgemeinen Beziehungen bestehen zwischen Psychose und Hirngewicht. Seine Untersuchungen berücksichtigen hauptsächlich die Paralyse, senile Demenz, funktionelle Psychosen im allgemeinen sowie einzelne organische Psychosen. Seine Paralytikergehirne aller Jahresklassen wiegen durchschnittlich 1308 g bei Männern und 1168 g bei Weibern; niedrigstes Gewicht der männlichen Paralytikergehirne 910 g, der weiblichen 940 g. Durch-



schnittsgewicht der senilen Gehirne bei Männern 1259 g, bei Weibern 1145 g, niedrigstes Gewicht bei Männern 948 g, bei Weibern 776 g. Durchschnittliches Hirngewicht der an funktionellen Psychosen Verstorbenen bei Männern 1357 g, bei Weibern 1250 g. Die Epileptikergehirne von meist im Status verstorbenen männlichen Kranken wogen durchschnittlich 1463 g, vier Gehirne dieser Art wogen über 1500 g, eins wog 1705 g, und zwar ohne Hydrozephalus. Durchschnittsgewicht der weiblichen Epileptikergehirne 1285 g. *Scharpffs* Untersuchungen bestätigen im wesentlichen die *Mittenzweig*schen Beobachtungen, daß im allgemeinen die Hirngewichte bei Psychosen niedriger sind als beim normalen Hirn, und daß die Gehirne von organischen Geisteskranken erheblich leichter sein können als die niedrigsten Gewichte der normalen Gehirne (*Marchand*sche Mittelzahl 1370 g beim Manne, 1250 g beim Weibe). Die hohen Gewichtszahlen seiner Katatonikergehirne führt Verf. auf akute Hirnschwellung zurück.

Münzer (358) schildert die charakteristischen psychischen Anomalien, die vor allem bei Erkrankungen der Schilddrüse, Hypophyse und der Keimdrüsen beobachtet werden, und faßt seine Ausführungen dahin zusammen: „Die Schilddrüse beeinflußt in erster Linie die Äußerungen des Affektlebens. Die Hypophyse wirkt durch ihren Hinterlappen auf den Ablauf physischer Funktionen. Dem Vorderlappen kommen trophische Funktionen zu. Der Hypophysenhinterlappen repräsentiert ein vielleicht selbständiges Zentrum für den Geschlechtstrieb. Die Hypophyse übt durch ihren Hinterlappen wahrscheinlich auch einen gewissen Einfluß auf das Affektleben aus; indessen hängt sie in dieser Funktion, genau wie die Schilddrüse, von der Tätigkeit des Großhirns ab. Die Keimdrüsen stellen die Ursprungsstätte des Geschlechtstriebes dar. Den Keimdrüsen kommt ein gewisser Anteil an der Bildung des Charakters und an den Äußerungen des Affektlebens zu. Der Beginn der Keimdrüsensekretion sowie das Aufhören derselben werden häufig von Psychosen begleitet. Die einsetzende und die schwindende Keimdrüsenabsonderung sind nicht die Ursache der Geisteskrankheit, sondern spielen nur die Rolle des disponierenden Moments. Die Zirbeldrüse scheint mit einem gewissen Hemmungsvermögen für das Auftreten des Geschlechtstriebes wie überhaupt der gesamten Reifeerscheinungen, der somatischen und der psychischen, ausgestattet. Die Beziehungen der Nebennieren, der Epithelkörperchen und des Pankreas zum Gehirn sind noch nicht sichergestellt. Da bei pathologischen Veränderungen der Blutdrüsen psychische Krankheitserscheinungen zweifellos beobachtet werden, ist umgekehrt bei Geisteskrankheiten ein genaues anatomisches Studium der Blutdrüsen erforderlich. Vielleicht lassen sich hierdurch neue Aufschlüsse über die Pathogenese einzelner Psychosen bezw. Psychoneurosen gewinnen. Es kann mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß auch im Bereiche des nervösen Zentralorgans innersekretorische Vorgänge sich abspielen.

Bartel (22) hat in größerem Umfange Untersuchungen über das lymphatische System angestellt, er stützt sich dabei auf ein großes Obduktionsmaterial. Er sucht sichere Anhaltspunkte über die Bedeutung des Lymphatismus und des von ihm hypothetisch angenommenen Status hypoplasticus zu gewinnen. Histologisch fällt besonders die Fibrosis auf, die ein ganz spezielles Bild zu bieten scheint und nicht

nur auf den lymphatischen Apparat beschränkt ist. Entsprechende histologische Tafeln sind beigefügt.

Müller u. *Dahl* (356) beschäftigen sich nach kurzer Erörterung von Anatomie und Histologie der männlichen Geschlechtsorgane mit physiologischen und psychologischen Problemen. „Die Intelligenz hat gar keine Einwirkung auf die Tätigkeit der Geschlechtsorgane. Von den psychischen Vorgängen scheinen einzig und allein diejenigen Erregbarkeitsveränderungen des Zentralnervensystems, welche wir Stimmungen nennen, einen Einfluß auf die spinalen Zentren der Geschlechtsorgane auszuüben. Alle Stimmungen, auch die Geschlechtslust, sind ein Produkt von Assoziationen. Unerläßlich notwendig zur Auslösung der Geschlechtslust ist es, daß das Zentralnervensystem unter dem Einfluß der inneren Sekretion steht; erst unter dem Einfluß dieser inneren Sekrete ist das Großhirn imstande, auf Grund von Assoziationen mit einer geschlechtslustigen Stimmung zu reagieren. Ein Unterschied zwischen Mensch und Tier besteht nur darin, daß beim Menschen der Geschlechtstrieb bewußt empfunden wird, und daß der Mensch imstande ist, seinen Trieb zu beherrschen."

Bonhoeffer (50): Der leitende Gedanke dieser Antrittsvorlesung ist der Hinweis darauf, daß der Arzt neben der berechtigten Bewertung der objektiven Symptome die psychischen subjektiven Faktoren beim Patienten nicht vernachlässigen darf. Gegenüber der Gefahr, daß der Patient für den Arzt lediglich zur Summe der in ihm anatomisch vorhandenen Organe wird — einer Gefahr, welche durch Aussterben des Hausarztes und unter dem Gesichtswinkel des Spezialistentums besonders nahe gerückt ist —, demgegenüber ist die psychiatrische Schulung ein wirksames Gegengewicht.

Voß (515) gibt eine kritische Übersicht über das moderne Rüstzeug psychiatrischer Diagnostik. Die Psychiatrie beschränkt sich nicht mehr auf die klinische Beobachtung, alle physikalischen Untersuchungsmethoden, auch die neuesten Errungenschaften zytologischer und serologischer Forschung werden mit Erfolg angewandt. Daneben gewinnen die Methoden der experimentellen Psychologie immer größere Bedeutung.

Fleiner (128) führt aus, daß die Krankheiten nicht nur aus materiellen, pathologisch-anatomischen Veränderungen der Organe bestehen, sondern auch in den meisten Fällen von Vorgängern im Seelenleben begleitet sind, welche dem Krankheitsbilde im Einzelfalle ein individuelles Kolorit geben und sogar ihrerseits wieder selbständige oder komplizierende Funktionsstörungen emotioneller Natur an den verschiedensten Organen hervorrufen können. „Der körperliche materielle Anteil am Leiden benötigt materielle Mittel zur Abhilfe, der seelische Anteil wird nur durch psychische Mittel, durch Psychotherapie beeinflußt und geheilt."

Frank (135) weist in seinem in der Generalversammlung der freiwilligen und Einwohnerarmenpflege der Stadt Zürich gehaltenen Vortrag auf die großen Aufgaben hin, welche die Psychiatrie auch im öffentlichen, praktischen Leben zu leisten hat. Er fordert vor allem Zusammenarbeiten der Armenbehörden und der Sachverständigen.



Gaupp (147) würdigt in seinem Beitrag zur Festschrift beim 100 jährigen ubiläum von „Zwiefalten" die wissenschaftliche Bedeutung *Kochs*, eines früheren)irektors dieser Irrenanstalt, und gibt einen Überblick über sein System der Psyhosen und psychopathischen Minderwertigkeiten auf Grund seiner verschiedenen ;chriften. Auf *Kochs* Hauptwerk, „Die psychopathischen Minderwertigkeiten", las er einen Markstein in der geschichtlichen Entwicklung der deutschen Psychiatrie ıennt, geht *G.* näher ein und betont dessen große Bedeutung.

Raeckes (401) bekannter und beliebter Leitfaden zur Untersuchung Geistesкranker, der auch die wichtigsten einschlägigen Gesetzesbestimmungen enthält und eine Übersicht über die gebräuchlichsten Schlafmittel gibt, liegt in dritter Auflage vor. Form und Einteilung sind im wesentlichen unverändert geblieben. Bei den Prüfungsmethoden des Vestibularapparates, bei den Ausführungen über die Untersuchung der Intelligenz bei Kindern und über die modernen Simulationsproben finden sich neue Angaben eingefügt.

Bresler (59) bietet in übersichtlicher, knappster Form einen Leitfaden der Psychiatrie, der nicht nur dem Studierenden von Nutzen, sondern auch später zur raschen Orientierung willkommen sein wird.

Dornblüth (99) schildert kurz das Wesen des Schlafes, bespricht dabei die einzelnen Schlaftypen, um dann ausführlicher die verschiedenen Formen der Schlaflosigkeit, deren Ursachen und Therapie zu behandeln. Bei der Therapie der Schlaflosigkeit legt Verf. auf die Hygiene des täglichen Lebens mit Recht besonderen Wert.

Finckh (124) will mit seiner gemeinverständlichen Darstellung vorbeugend wirken, indem er weite Kreise auf die Gefahren und Schädlichkeiten hinweist, welche das tägliche Leben für die nervöse Gesundheit mit sich bringt. Im ersten Teile seiner Ausführungen spricht der Autor von den Ursachen der Nervenkrankheiten, von Vererbung, Erziehung, Arbeit, Erholung, vom Essen und Trinken und gibt dabei wertvolle Lebensregeln. Der zweite Teil handelt von der Bekämpfung der Nervenkrankheiten, von Vorbeugung und Behandlung. Hier wird besonders auf die Gefahr der Selbstbehandlung mit Hilfe populärer Schriften usw. hingewiesen.

Havelock Ellis (194) zeigt uns in seinen anregenden, interessanten Ausführungen Aufgaben und Ziele der Sozialhygiene, macht uns mit ihrer Entwicklung bekannt und erörtert in zwölf Kapiteln ausführlich alle einschlägigen Probleme. *Kurella* hat sich ein besonderes Verdienst erworben, daß er dies Werk dem deutschen Publikum zugänglich gemacht hat; das zehnte Kapitel über Wohnung hat er selbst verfaßt.

Kreuser (273) spricht über Geisteskrankheiten und Religion und ihre Beziehungen zueinander. Er lehnt u. a. durchaus die Versuche ab, die gemacht sind, um bei den für das religiöse Leben einflußreichsten Persönlichkeiten eine Geisteskrankheit zu diagnostizieren. Für die Frage, welcher Einfluß der Religion bei Behandlung der Geisteskranken zukommt, rät er zu einem Hand-in-Hand-gehen des Arztes mit dem Geistlichen.

Frankhauser (136) führt die Seelenstörungen — abgesehen von den reinen Defektstörungen — zurück auf Gleichgewichtsstörungen im Wettstreit der aufeinander einwirkenden psychischen Kräfte oder ihrer entsprechenden Zellkomplexe



und der von ihnen ausgehenden Reize als materieller Substrate. Nur dann ist das Seelenleben normal, wenn die einzelnen Zellkomplexe durch Reize und Hemmungen in der Lage sind, sich gegenseitig in einem bestimmten Gleichgewichtszustande zu erhalten. Die Gleichgewichtsstörungen können bedingt sein durch defekte, toxische Schädigungen, Anomalien in bezug auf Stoffwechsel-, Ernährungs- oder vasomotorische oder aber durch eine ungleiche Verteilung der Spannungszustände in den einzelnen Zellkomplexen, durch den Mangel an gegenseitiger Abstimmung. Mit den Störungen der letzteren Art beschäftigt sich der Autor in geistvoller, origineller Weise eingehender, konstruiert entsprechende Krankheitsformen und sucht sie mit bekannten klinischen Krankheitsbildern zu identifizieren. Je nachdem hypertonische oder hypotonische Spannungen die Gleichgewichtslage ändern und sich nicht wieder ausgleichen, entstehen Seelenstörungen, die Verf. als Hyper- und Hypenzephalie, wenn die subkortikalen, und als Hyper- und Hypoperizephalie bezeichnet, wenn die kortikalen Zentren hyper- oder hypotonisch sind.

Krafft-Ebings (267) grundlegende Arbeit über die Anomalien des Sexuallebens ist von *Fuchs* neu herausgegeben und in 14. Auflage erschienen. Die Einteilung ist unverändert geblieben. Wichtige einschlägige Arbeiten aus dem Gebiete der inneren Sekretionslehre haben entsprechende Berücksichtigung gefunden. In die klinische Kasuistik sind zwei Beobachtungen neu aufgenommen. Dem Entwurf des österreichischen Strafgesetzes und dem Entwurf der Strafprozeßordnung ist in forensischer Beziehung Rechnung getragen.

Moll (354) hat unter Mitwirkung von *Buschan*, *Havelock Ellis*, *Seved Ribbing*, *Weißenberg* und *Zieler* ein groß angelegtes Handbuch der Sexualwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen herausgegeben. Die ersten Kapitel behandeln das normale Geschlechtsleben und bringen eine vorzügliche Darstellung seiner Morphologie, Biologie und Physiologie. Hieran schließt sich eine allgemeine Übersicht über Sexualleben und sexuelle Sitten bei den Naturvölkern sowie eine Erörterung der sozialen Formen, in denen sich die sexuellen Beziehungen bei den Kulturvölkern äußern. Die große Bedeutung, welche das Sexuelle in Kunst und Literatur von jeher gehabt, wird ausführlich in seinen verschiedenen kulturgeschichtlichen Beziehungen gewürdigt. Bei der Pathologie des Sexuallebens und seiner Therapie werden besonders die vom Nervensystem ausgehenden Störungen der Sexualfunktion eingehend besprochen. Der Abschnitt über die Pathologie der Geschlechtskrankheiten berücksichtigt die neuesten Forschungen. In dem Kapitel über sexuelle Hygiene wird aller Rückwirkungen aus dem Sexualleben auf den Organismus gedacht. Zum Schluß werden die Ziele und Aufgaben einer sexuellen Ethik, der sexuellen Erziehung, Pädagogik und Aufklärung ausführlich erörtert und zwei die Frauenfrage berührende Themen kurz behandelt. Das vorliegende Werk, welches eine große Anzahl instruktiver, vieler zum erstenmal veröffentlichter Abbildungen enthält, orientiert in gründlicher, übersichtlicher Weise über alle einschlägigen Fragen. Wer sich mit den Sexualproblemen beschäftigt, wird das umfassende Handbuch nicht außer Acht lassen dürfen.

Bloch (45) hat sich der Aufgabe unterzogen, eine groß angelegte Darstellung der Prostitutionsfrage in all ihren Einzelheiten bei allen Völkern und zu allen Zeiten



zu geben. Sein Werk soll drei Bände umfassen, von denen der erste vorliegt. In streng wissenschaftlicher Weise behandelt der Autor hier den Ursprung der modernen Prostitution, kritisiert deren einzelne Charaktere und gibt dann eine umfassende Definition. Er beleuchtet die Prostitution als soziales und biologisches Phänomen, zeigt, daß die gesamte moderne Organisation und Differenzierung der Prostitution aus dem klassischen Altertum stammt, in ihren primitiven Wurzeln aber bis in die Ur- und Vorzeit des Menschengeschlechtes zurückreicht. Die Prostitution im klassischen Altertum und Mittelalter wird ausführlich in ihren verschiedenen Formen und in ihrer Organisation geschildert und dabei der sexuellen Frage im Altertum besonders in ihrer Bedeutung für Auffassung und Bekämpfung der Prostitution gedacht. Es muß anerkannt werden, daß es dem Autor in hervorragender Weise gelungen ist, seiner Aufgabe gerecht zu werden.

Der dritte Jahrgang der von *M. Hirschfeld* (208) herausgegebenen Vierteljahrsberichte des wissenschaftlich-humanitären Komitees (Fortsetzung der Monatsberichte und des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität) enthält neben geschäftlichen Mitteilungen und Besprechungen der einschlägigen Literatur wertvolle Beiträge zur Frage der Homosexualität auch in forensischer Beziehung.

Hirschfeld (209) unterwirft die Naturgesetze der Liebe, die Liebeserscheinungen wissenschaftlicher Untersuchung und Betrachtung; er beschäftigt sich mit der Liebe als Einzelphänomen und als Menschheitsphänomen und liefert wertvolle Beiträge für die Erkenntnis und Klärung der einschlägigen Fragen.

Schumburgs (470) vorzügliche gemeinverständliche Darstellung der Geschlechtskrankheiten liegt in zweiter Auflage vor. Die neuesten Statistiken über ihre Verbreitung haben ebenso wie die Errungenschaften der letzten Jahre — Wassermannsche Reaktion, Salvarsan — gebührende Berücksichtigung gefunden. Die Bedeutung der Syphilis für Erkrankungen des Gehirns und Nervensystems wird besonders betont.

van der Torren (493) beschäftigt sich in seinem Referat besonders mit den Arbeiten, welche die normale Physiologie des Verhörens, Versprechens, Verlesens und Verschreibens behandeln; alle streng pathologischen Arbeiten sind unberücksichtigt geblieben.

Thöles (487) Untersuchungen machen es ihm wahrscheinlich, daß Jucken, Brennen, Schmerz einerseits, Kitzeln, faradisches Kriebeln, Tastempfindung anderseits in nahen Beziehungen stehen, daß sie auf qualitativ gleichartiger, quantitativ verschiedener Reizung gleicher bezw. verwandter Fasern beruhen.

Königsfeld und *Zierl* (262) haben Untersuchungen darüber angestellt, unter welchen Bedingungen eine Kontraktion der Haarbalgmuskeln zustandekommt, und dabei festgestellt: „Auf direkte mechanische, thermische und elektrische Reizung tritt eine lokale oder halbseitige Piloarreaktion auf. Die lokale Reaktion ist als direkte Reizung der entsprechenden Mm. arr. pil. aufzufassen, die halbseitige Reaktion ist als echter Reflex anzusprechen, der über Rückenmark und sympathischen Grenzstrang geht. Die Reaktion ist öfter stärker und halbseitig bei Männern und älteren Individuen sowie bei Potatoren und Personen mit labilem

Nervensystem. Besonders lebhaft ist sie in manchen Fällen von Tabes dorsalis zu sehen. Durch elektrische Reizung einer bestimmten Stelle am Hals, etwas unter dem Winkel, wo Sternokleido und Trapezius zusammentreffen, kann stets eine einseitige, auf den ganzen Körper sich erstreckende Piloarreaktion ausgelöst werden; es wird dies durch Reizung der oberflächlichen Hautnerven (Plex. brachialis) erklärt."

Hamburger (184) weist auf die Häufigkeit und Heilbarkeit psychogener Erkrankungen hin und erörtert ihren Mechanismus. Es liegt wohl immer etwas Tatsächliches zugrunde, entweder ein rein psychisches Trauma oder ein physikalisches Trauma mit gleichzeitig psychischer Beeinflussung oder irgendeine Erkrankung. Verf. zeigt, wie ursprünglich vorgebildete und unwillkürliche Reflexvorgänge dem Willen untertan gemacht werden können. In ähnlicher Weise beeinflußt auch das Vorstellungsleben des Schlafes, der Traum, die verschiedensten Reflexvorgänge.

v. d. Torrens (494) kritische Besprechung zweier selbstbeobachteter, wohlumschriebener Krankheitsbilder zeigt, daß sich auf dem Boden psychogener Disposition im Anschluß an überwertige Ideen nicht nur Psychosen (*Wernickes* Autopsychose auf dem Boden einer überwertigen Idee) entwickeln, daß vielmehr auf dem gleichen Boden auch Psychoneurosen entstehen können, die sowohl von der Hysterie wie von der Neurasthenie wohl unterschieden werden müssen. Auf die Wichtigkeit rechtzeitiger Unterscheidung derartiger Psychosen von der chronischen Paranoia wird mit Rücksicht auf Prognose und Therapie besonders hingewiesen.

Dide (96) will diejenigen geistigen Erkrankungen, die durch die Disharmonie der geistigen Fähigkeiten charakterisiert sind, unter dem Namen Dyspsychie vereinigt wissen. (*Ganter.*)

Stern (474) faßt seine Ausführungen folgendermaßen zusammen: „Unter Situationspsychosen verstehe ich diejenigen psychogenen Psychosen, welche nicht nur ätiologisch durch das Auftreten in einer bestimmten Situation, sondern auch im Verlauf durch weitgehende Abhängigkeit von dieser Situation ausgezeichnet sind. Die Hervorhebung dieses exogenen Faktors rechtfertigt sich bei der Unmöglichkeit, bestimmte Reaktionstypen einzelner Konstitutionen zu eruieren. Für die im hysterischen Typ verlaufenden Stuporen und Verwirrtheitszustände empfiehlt sich die zusammenfassende Bezeichnung der hysterischen Situationspsychose. Diese ist namentlich unter den Erkrankungen in Untersuchungshaft häufig; sie nimmt oft das Bild einer katatonischen oder epileptischen Erkrankung an."

Goldstein (156) behandelt in seinen interessanten Ausführungen das Wesen der Halluzinationen, ihre Entstehung, ihre Ursachen und ihre Realität. Er analysiert die Halluzinationen als psychisches Phänomen, erklärt ihre hirnphysiologische Entstehung und beschäftigt sich dann mit dem Realitätsurteil der Halluzinationen, d. h. mit der Frage, ob die halluzinatorische Wahrnehmung den durch äußere Reize hervorgerufenen Erlebnissen gleichwertig betrachtet wird oder nicht. „Die Halluzination an sich braucht keineswegs immer mit einem falschen Realitätsurteil verbunden zu sein, sondern das Realitätsurteil ist hier ebenso etwas Sekundäres wie bei der normalen Wahrnehmung." „Die Halluzination an sich ist keine Geistes-



krankheit, erst das falsche Realitätsurteil stempelt das Individuum, soweit es sich überhaupt um einen Kranken handelt, zum Geisteskranken."

Näcke (361) hat an sich selbst das Auftreten von optischen Sinnestäuschungen bei klarem Bewußtsein im Verlauf einer Pneumonie beobachtet. Er faßt sie als Illusionen auf: die Bilder sind eine Folge eines psychischen Aktes, welcher durch entsprechende optische Reizerscheinungen ausgelöst wurde.

Löwys (302) Untersuchungen über den halluzinierten Namensanruf enthalten eine Analyse des Rufcharakters, d. i. des Gemütszustandes beim wirklich Angerufenwerden, bei der Halluzination des Anrufes mit dem eigenen Namen und beim Beachtungswahn. Der halluzinierte Namensanruf und der Beachtungswahn sind Folgen eines vorbestehenden Gemütszustandes von Rufcharakter. Vorahnungen, Beachtungswahn, halluzinierter Namensanruf sind Unruheerscheinungen, welche durch die verschiedensten zerebralen Störungen zustande kommen.

Schenk (459) beschäftigt sich seit langer Zeit mit der Frage der Periodizität des biologischen Geschehens und nimmt hierzu eine besondere Stellung ein. Er definiert: „Biologische Erscheinungen sind dann periodisch, wenn sie zyklisch sich regelmäßig wiederholen, sobald der naturgesetzliche Zeitraum ihres Eintretens erfüllt ist." Periodische Störungen, die andere Autoren zur Epilepsie rechnen, zählt er zu den periodischen Wellenbewegungen der Gehirnfunktionen, allgemein zur „periodischen Geistesschwäche".

Morgenthaler (355) gibt eine kurze Übersicht über die verschiedenen Ansichten über Grundlegung und Funktion des Gedächtnisses, definiert den Gedächtnisbegriff, behandelt die Methoden der Gedächtnisforschung und ihre Ergebnisse und skizziert die Pathologie des Gedächtnisses bei den einzelnen Psychosen. Auch die Hypermnesie, die vorübergehende Hypermnesie und das übernormale Gedächtnis der Rechenkünstler und Wunderkinder zieht Verf. zum Schluß in den Kreis seine interessanten Erörterungen.

Baglioni (20) skizziert die Ergebnisse der zahlreichen neueren Untersuchungen, die sich mit dem Problem beschäftigen, die einfachen und verwickelten Erscheinungen, die an die Existenz des Nervensystems gebunden und das Produkt seiner Tätigkeit sind, auf die Zusammenwirkung weniger bekannter Elementarfaktoren zurückzuführen.

Isserlin und *Lotmar* (219) berichten über ihre weiteren Untersuchungen betreffend den Ablauf einfacher willkürlicher Bewegungen. Von psychischen Störungen haben sie hysterische, katatonische und Depressionszustände untersucht und besonders auffallende Kurvenveränderungen und Bewegungsanomalien bei katatonischen Kranken gefunden.

Schneider (463) hat eine größere Anzahl von Gesunden und Kranken unter Benutzung der *Heilbronner*schen Bildermethode und der *Ebbinghaus*schen Kombinationsschemata untersucht und dabei auch eine eigene Methode — Methode der „Kombinationsfiguren" nach dem Prinzip der Zusammenlegspiele — angewandt. Auch diese Versuche zeigen, daß so eine exakte Bestimmung seelischer Ausfallserscheinungen kaum möglich ist, wenn auch zugegeben werden muß, daß diese Methoden gewissen Wert haben, der ihre Anwendung lohnend erscheinen läßt.



Sommer (446) gibt in seinem beim Fortbildungskursus des Kammergerichts in Berlin gehaltenen Vortrag eine vorzügliche Übersicht über die verschiedenen Methoden der Intelligenzprüfung und macht besonders darauf aufmerksam, daß eine exakte Untersuchung der Intelligenzfunktionen nicht nur für die klinische Psychiatrie im allgemeinen, sondern auch für die forensische Psychiatrie notwendig ist. „Nur auf dem Boden der objektiven und messenden Untersuchung kann sich das Zusammenarbeiten von Psychiatern und Juristen vollziehen und eine Einigung über die oft sehr schwierigen Fragen der forensischen Begutachtung erfolgen."

Birnbaum (41) beschäftigt sich mit der Frage, ob man durch eine weder besonders weitgehende noch umfassende und verfeinerte Assoziationsprüfung, die etwa den klinisch üblichen groben Gedächtnis- und Kenntnisprüfungen und dergleichen entspricht, zu gewissen Ergebnissen hinsichtlich affektiver Besonderheiten eines Krankheitsfalles gelangen kann. Verf. glaubt, diese Frage auf Grund seiner Untersuchungen bejahen zu müssen.

Goett (153) illustriert die Wichtigkeit des Assoziationsversuches. Bei einem achtjährigen Mädchen, dem die Schwester eine Haarnadel in die Harnröhre praktiziert, gelang es, mittels Assoziationsversuches sofort das Krankheitsbild zu klären.

Bischoff (42) verwendet bei seinen Untersuchungen ausschließlich Zahlenreize und betont deren Vorzüge; er hat mit seiner Methode gute Resultate bei der Analyse von Gedächtnisleistungen erzielt.

Guilarowsky (170) hat mit der Methode von *Ebbinghaus* das Gedächtnis untersucht bei verschiedenen Formen von Geisteskranken und bei Nichtgeisteskranken (Aphasischen, Hemiplegischen, Arteriosklerotikern). Auf Grund dieser Untersuchungen kommt er zum Schlusse, daß die Faserbahnen, deren Erkrankung zur Gedächtnisschwäche führt, anatomisch noch nicht sicher festzustellen sind. Bei Herderkrankungen der Temporal- und Frontalwindungen müssen wir eine Affektion jener Faserbahnen annehmen. (*Ganter.*)

Voivenel (513): Die Zentren der Sprache und die der Intelligenz (Assoziationszentren) sind unabhängig voneinander, so daß Aphasie bestehen kann ohne Intelligenzverlust (so bei *Baudelaire*, *Lordat*, *Daniel Vierge*) und Demenz bei noch ziemlich gutem Funktionieren der Sprachzentren (so bei *Rousseau*, *Schumann*, *Nietzsche*). (*Ganter.*)

Heilbronner (198) untersucht das Problem der Gewöhnung, erörtert Begriff und Umfang der Gewöhnung und beschäftigt sich dann mit der Gewöhnung an Gifte. Neben den nützlichen Formen der Gewöhnung schildert und erklärt er eingehender die pathologischen Formen mit ihren Folgezuständen. „Die krankhafte Gewöhnung setzt eine abnorme Individualität als geeigneten Boden voraus."

Juliusburger (237) teilt zwei weitere Fälle von Fremdheitsgefühlen mit. Er sieht in einer assoziativen Störung zwischen Gefühl und Vorstellung einen Kernpunkt des Phänomens und hält eine Störung der Kontinuität des Bewußtseins, nicht eine inhaltliche Störung desselben für vorliegend.

Goldflams (154) wertvolle Mitteilungen zeigen die Wichtigkeit genauester Untersuchung der Pupillenphänomene.



Herbert (202) hat Untersuchungen über die physikalischen Eigenschaften des Schädeldaches bei Hirnkrankheiten im Sinne *Reichardts* angestellt und dabei gefunden, daß die Schwankungen im Volumen der Schädeldächer im allgemeinen wenig erheblich sind. Einen inneren Zusammenhang zwischen Hirngröße (Hirnschwund) und vermehrtem Volumen (im Sinne sekundärer konzentrischer Hyperostose nach Hirnatrophie) läßt sein Material nicht erkennen. Größere Schwankungen als das Volumen weist das spezifische Gewicht der Knochen auf, sowohl nach Seite der Osteosklerose wie der Osteoporose. Mit dem Vorhandensein oder der Möglichkeit individueller Verschiedenheiten muß bei den Untersuchungen über die physikalischen Eigenschaften der Schädelknochen in weitgehendstem Maße gerechnet werden.

Ebstein (107) berichtet über die bisherigen Untersuchungen über Perkussion des Schädels und glaubt, daß diese Untersuchungsmethode in geeigneten Fällen nicht außer Acht gelassen werden dürfe.

Trömner (501): Die bekannten Sehnenreflexe der oberen und unteren Extremitäten sind in 100% aller nicht organischen Nervenkranken auslösbar. Verf. gibt die prozentuale Häufigkeit der seltener geprüften Sehnenreflexe an. Abnahme der Zahl der auslösbaren Reflexe erweckt Verdacht auf organische Erkrankung.

Jacobsohn und *Caro* (224) bestätigen auf Grund ihrer Untersuchungen *T. Cohns* Angaben über reflektorische Kniestreckung bei Beklopfen der Fußsohle (Neurol. Zentralbl. 1911, Nr. 19) und beschreiben einen weiteren Fußsohlenreflex, bestehend in einer Zuckung des lateralen Quadrizepsabschnittes bei Bestreichen der Planta pedis, besonders in ihrem lateralen Teile; der Reflex soll an Häufigkeit dem Patellarreflex nicht viel nachgeben; er scheint zu den tieferen, von der Faszie auslösbaren Reflexen zu gehören.

Ascoli und *Legnani* (13) haben bei jungen Hunden die Hypophyse auf pharyngealem und auf temporo-parietalem Wege exstirpiert und drei Jahre hindurch die Folgen dieser Operation studiert; sie haben festgestellt, daß das Wachstum eine plötzliche vollständige Hemmung erfährt, daß ausgesprochene Ernährungsstörungen eintreten, daß eine Beeinträchtigung der Geschlechtssphäre (Hemmung der geschlechtlichen Reife) sich bemerkbar macht, daß in der Gruppe der endokrinen Drüsen tiefgehende Veränderungen vor sich gehen.

Bing (40) bespricht in seinem inhaltsreichen Referat die bisherigen Theorien der Kleinhirnfunktionen. Die experimentellen Tierversuche modifizierte er selbst in der Weise, daß er in den Kleinhirnstielen eine ganz bestimmte Faserkategorie, z. B. die Kleinhirnseitenstrangbahn und die *Gowers*sche Bahn, durchtrennte und dann die Ausfallssymptome studierte. *Bing* bespriht dann die klinischen Symptome der zerebellaren Ataxie und Hypotonie und ihre Abgrenzung gegen verwandte Krankheitsbilder. Das neuerdings von *Babinski* beschriebene Symptom der „zerebellaren Katalepsie" hat Verf. noch nicht beobachten können. Der sogenannte „Kleinhirnschwindel" ist identisch mit dem Labyrinthschwindel. Nystagmus und Hirnnervenlähmungen kommen bei Kleinhirnaffektionen meist als Fernsymptom in Betracht. Die neueren anatomischen und physiologischen Arbeiten lassen erkennen, daß bei aufsteigender Tierreihe diejenigen Faktoren abnehmen,

aus denen auf eine herdförmige Repräsentation der verschiedenen Körpergegenden in der grauen Kleinhirnrinde geschlossen werden kann.

Ceni (70) entfernte bei 68 Hühnern und 22 Tauben eine Hirnhälfte und beobachtete die Folgen auf Eierstock und Eibildung. Er fand, daß zwischen Gehirn und Eierstock enge dynamische Beziehungen bestehen, so daß das regelrechte Funktionieren der weiblichen Geschlechtsdrüse direkt von der anatomischen und physiologischen Intaktheit des Gehirns abhängt. Die Entfernung einer Hirnhälfte hat schwere Veränderungen des Eierstockes zur Folge, die sich teils unmittelbar nach der Operation, teils später einstellen. Als Schockwirkung tritt zunächst eine Hemmung in der Eibildung und eine Involution des Parenchyms auf. Bei einem Teil erfährt diese nach einiger Zeit eine Regeneration, bei einem andern tritt eine weitere Degeneration ein. Die Spätfolgen zeigen sich in einer verlangsamten und verminderten Eibildung, es stellt sich eine mehr oder weniger rasche Involution aller parenchymatösen Elemente ein. (*Ganter.*)

Beck und *Biach* (26) konnten durch kalorische Labyrinthreizung eine Steigerung des homolateralen Patellarsehnenreflexes und anderer Sehnenreflexe sowie des Babinski feststellen. Die Hautreflexe wurden nicht beeinflußt.

Pfeiffers (384) vorzügliche Arbeit über den Selbstmord behandelt das Selbstmordproblem von anatomischen Gesichtspunkten aus. Auch seine Untersuchungen kommen zu dem Resultate, daß die Selbstmörder fast ausnahmslos kranke Menschen sind, daß sich bei ihnen meist derartige Veränderungen finden, die sich mit der Annahme einer Integrität der nervösen Zentralorgane nicht vertragen. Die Selbstmörder sind „Lebensmüde“, welche entweder von Geburt aus konstitutionell belastet und daneben noch durch die verschiedenartigsten erworbenen Krankheiten geschädigt sind oder alle Erscheinungen weitgehender Abnutzung ihrer Organe zeigen infolge chronischer Giftwirkung oder zu großen und allzu frühzeitigen Verbrauches der zu Gebote stehenden Energiemengen.

Wassermeyer (522) hat 169 Fälle, die wegen versuchten Selbstmordes in die Kieler Klinik aufgenommen worden waren, nach *Gaupp* auf ihre „Ursachen“ und „Motive“ untersucht. Von den 169 Fällen (90 M., 79 Fr.) waren 84 (27 M., 57 Fr.) = 50% (30% M., 72% Fr.) ausgesprochen psychotisch; hier lag die Ursache der Tat in der geistigen Erkrankung, auch die Motive entsprachen dem Charakter des psychischen Leidens. Bei den „nicht geistekranken“ Männern lag in ²/₃ der Fälle die unheilvolle Wirkung des Alkohols klar zutage. Auch alle „nicht Geisteskranken“ haben sich zur Zeit ihres Selbstmordversuches in einem nicht als normal zu bezeichnenden Geisteszustande befunden.

Gordon (158) beschäftigt sich mit der Frage der Schülerselbstmorde in Rußland. Während die Zahl solcher Selbstmorde im Jahre 1904 nur 20 betrug, wächst sie seitdem rapide (1905 — 47, 1906 — 71, 1907 — 112, 1908 — 132). Die betreffenden relativen Zahlen sind in Rußland doppelt so groß als in Deutschland. In der Ätiologie stehen an der Spitze (33%) Ereignisse, die mit dem Schulleben zusammenhängen. In 7,5% aller Fälle spielte unglückliche Liebe, in 4,1% anormales Familienleben eine Rolle. Auch materielle Not und politische Momente werden als Ursachen (2,1% bezw. 1%) angegeben.



Nach den Untersuchungen des Verf. macht der Alkoholismus in der russischen Schule erschreckende Fortschritte, und zweifellos besteht ein enger Zusammenhang zwischen dieser Tatsache und der Zunahme der Schülerselbstmorde.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Schönfeld (464) teilt verschiedene Fälle mit von außerhalb und innerhalb der Anstalt unternommenen Selbstmord- und Selbstverstümmelungsversuchen bei Geisteskranken und knüpft daran kritische Bemerkungen. Die Frage, ob es uns in den geschlossenen Anstalten bei Anwendung aller gebotenen Sorgfalt und der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel gelingt, die Kranken vor Automutilationen oder Suizid zu bewahren, wird verneint. „Selbstbeschädigungen oder Selbstmorde in den Anstalten werden wir nicht gänzlich zu vermeiden imstande sein, wenn wir sie auch mit allem Rüstzeug des modernen Arztes zu bekämpfen suchen."

Franz (139) bespricht kurz die Anschauungen seit *Darwin* und das *Mendel*sche Gesetz. Er bekämpft die lange beglaubigte Theorie, daß die Entwicklung des Lebens „von der Amöbe bis herauf zum Menschen" erfolgt sei. Er warnt vor einer anthropozentrischen Betrachtungsweise des Tierreiches.

Cotton (79): Übersicht über die Erblichkeitsforschung mit besonderer Beziehung auf die Arbeiten *Rüdin*s. Verf., Direktor der Staatsirrenanstalt von New Jersey, läßt durch zwei Angestellte die Erblichkeitsverhältnisse der Kranken an Ort und Stelle erforschen und hat so schon eine Anzahl wertvoller Stammbäume gesammelt. (*Ganter.*)

Bei der großen Bedeutung, welche das Entartungsproblem für die Psychiatrie hat, verdienen *Bumke*s (66) Ausführungen besondere Beachtung. Nach kurzer Begriffsbestimmung und Erörterung der Frage, was heißt Entartung, beschäftigt sich der Autor mit den Tatsachen normaler Vererbung und untersucht, ob Entartung in seinem Sinne unter bestimmten Umständen als Wirkung bekannter Vererbungsgesetze denkbar ist, ob sich irgendwie sonst entstandene Degeneration auf Grund dieser oder anderer Gesetze ausbreiten und verstärken kann, und ob es eine nervöse Entartung als gesetzmäßig wiederkehrenden Vorgang, ob es ein durch innere Gesetze bestimmtes Fortschreiten nervöser Krankheiten von Geschlecht zu Geschlecht gibt. Nachdem der Verf. so die Bedingungen besprochen, die von vielen als Voraussetzung der nervösen Entartung angesehen werden, und gezeigt hat, daß die Notwendigkeit einer solchen Degeneration hieraus nicht abgeleitet werden kann, wendet er sich der Frage zu, ob sich wirklich Symptome bestehender Entartung in unserem Zeitalter nachweisen lassen. „Alle wirklichen Degenerationserscheinungen, die wir feststellen können", so schließt der Autor seine interessanten Ausführungen, „lassen sich auf äußere, soziale Ursachen zurückführen." „Damit ist uns die Möglichkeit geboten, ihrer Herr zu werden." „Auch die nervöse Degeneration ist eine soziale Erscheinung." „Kein Fatum, kein unaufhaltsames, geheimnisvolles Geschick, sondern ein sichtbarer, verwundbarer Feind, das ist die nervöse Entartung."

Weinberg (523) unterzieht in seinem im Gießener Kursus für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre gehaltenen Vortrag die Methoden der Vererbungsforschung beim Menschen einer kritischen Besprechung und warnt



davor, sich auf ein bestimmtes Schema unbedingt festzulegen. „Vor allem müssen wir uns des Zusammenhangs mit der biologischen Vererbungsforschung stets erinnern und die Hilfswissenschaften in biologischem Geiste anzuwenden suchen."

Weinberg (524) behandelt Probleme, die sich aus den Beziehungen zwischen Vererbungs- und Gesellschaftslehre ergeben, und betont, daß die Erforschung dieser Beziehungen nur möglich ist auf Grund einer weiteren Ausbildung der Familienstatistik. „Einen vollen Einblick in die treibenden Kräfte der Lebenserscheinungen erhalten wir nur durch stetige Fühlung mit der biologischen Vererbungsforschung."

Haecker (176) hat seine allgemeine Vererbungslehre in zweiter Auflage herausgegeben. Die Einteilung ist unverändert geblieben. Zahlreiche Kapitel haben starke Veränderungen erfahren. Teile, welche früher infolge von Knappheit der Darstellung besonders dem Anfänger Schwierigkeiten boten, sind verständlicher gemacht. Jedem Kapitel ist ein umfassendes Literaturverzeichnis beigefügt. Ein ausführliches Sachregister ermöglicht rasche Orientierung. Bei der großen Bedeutung der Vererbung für das Gebiet der Geisteskrankheiten bedarf es kaum eines besonderen Hinweises auf dieses klar und übersichtlich geschriebene, vorzüglich orientierende Werk. Wer sich für die Vererbungsfrage interessiert, wird daraus viel Anregung schöpfen.

Haecker (177) weist auf die Bedeutung der Erblichkeitsfoıschung für die Medizin hin, macht auf die Ergebnisse der neuesten Untersuchungen auf dem Gebiet der Vererbungslehre aufmerksam und beschäftigt sich dann mit der Vererbung von Familiencharakteren und -eigentümlichkeiten nach dem *Mendel*schen Modus, mit dem Problem der Vererbung erworbener Eigenschaften und der Geschlechtsbestimmungslehre.

Roemer (417): Ausgehend von einem geschichtlichen Überblick über die Vererbungslehre und von den Fortschritten, die die Biologie und Familienforschung in dieser Hinsicht aufzuweisen haben, tritt Verf. für eine ausgedehnte psychiatrische Erblichkeitsforschung ein. Die drei Hauptmethoden derselben sind 1. die psychiatrische Familienforschung, 2. die psychiatrische Topographie, 3. die psychiatrische Statistik. Bei dem großen Umfange der Forschung ist eine methodische Verständigung dringend erforderlich. Verf. macht hierfür eingehende Vorschläge.

Crzellitzer (85) weist kurz auf die Aufgaben der Rassen-, besser der „Konstitutionshygiene" hin; sie soll theoretisch die Gesetze erforschen, nach denen sich die menschliche Konstitution bildet, und praktisch dafür sorgen, daß die schlechten, minderwertigen Konstitutionen an Zahl zurücktreten, die überwertigen, tüchtigen aber zunehmen. Verf. fordert vor allem Bekämpfung des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten, Bekämpfung des sogenannten praktischen Neomalthusianismus durch wirtschaftliche Maßnahmen großen Stils, Sterilisation der Verbrecher; Kranken, deren Leiden mit Sicherheit die Nachkommen belastet, soll die Fortpflanzung unmöglich gemacht werden. „Jedenfalls wollen wir dafür sorgen, daß unsere Söhne mehr Erbforschungsmaterial über uns besitzen, als wir über unsere Väter."

Lundborg (309) faßt seine Ausführungen dahin zusammen: Die Erblichkeitsforschung setzt uns instand, Krankheiten und klinische Entitäten auf exaktere



Weise als bisher zu analysieren, und ergänzt deshalb in vielen Fällen die pathologischen, klinischen und statistischen Untersuchungsmethoden. Der Mendelismus wirft ein klares Licht auf Wesen und biologische Wirkung der Konsanguinität. Die konstitutionelle Taubstummheit vererbt sich wahrscheinlich nach *Mendels* Gesetz, ist rezessiv und monohybrid. Dies setzt voraus, daß sie bei der Nachkommenschaft nur in folgenden Proportionen vorkommen kann: 0, 25, 50 oder 100%, verschieden in verschiedenen Fällen, was auf der Beschaffenheit der Eltern beruht; andere Prozentsätze dürften (wenigstens theoretisch genommen) nicht vorkommen, wenn man es mit genügend großen Zahlen zu tun hat. Die Wirklichkeit hat Grund für eine solche Auffassung gegeben. Die angeborene Taubstummheit ist nicht gleichbedeutend mit der konstitutionellen. Ein gewisser Teil der angeborenen Taubstummheit ist erworben und also nicht ererbt.

Semon (432) beschäftigt sich mit dem schwierigen Problem der Vererbung erworbener Eigenschaften und unterwirft zu diesem Zweck ein großes Tatsachenmaterial gründlicher kritischer Prüfung. „Dürfen wir annehmen", so fragt der Autor, „daß unter günstigen Umständen durch im elterlichen Körper ausgelöste Erregungen die erblichen Potenzen der Keimzellen und damit die Reaktionsnormen der Nachkommen verändert werden können, und zwar, falls diese Erregungen schon bei den Eltern wahrnehmbare Veränderungen hervorgebracht haben, in der Richtung gleichsinniger Veränderung bei Eltern und Nachkommen.?" Die interessanten Untersuchungen zeigen das Vorkommen von somatogener Vererbung, lehren aber auch, daß solche Vererbung häufig ausbleibt. Das jeweilige Resultat hängt von Natur, Stärke und Wiederholung der induzierenden Erregungen, von der allgemeinen Beschaffenheit des ihren Einwirkungen unterworfenen Organismus und von dem jeweiligen Zustande seiner Keimzellen ab. — Das schwierige Problem bietet noch ein weites Feld für die Weiterarbeit auf dem Wege der Beobachtung und des Experiments; hieran hat die Medizin besonderes Interesse.

Pick (390) will den *Mendel*schen Regeln auch beim Studium der Vererbung beim Menschen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wissen und weist an Stammbäumen die charakteristischen Zahlenverhältnisse des Mendelismus nach, und zwar nicht nur für dominante Merkmale, sondern auch für rezessive Abnormitäten.

Hammer (185) betont die Wichtigkeit der *Mendel*schen Vererbungsregeln für den Menschen und illustriert sie an zahlreichen Beispielen auch aus der menschlichen Pathologie.

Schuppius (471) beschäftigt sich an der Hand von 62 Krankengeschichten mit der Erblichkeitsfrage in der Psychiatrie; er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultate, daß allen Formen geistiger Erkrankung eine gemeinsame und einheitliche Disposition zugrunde liegt und daß die Vererbung von Geisteskrankheiten keineswegs eine gleichartige ist. Es können sich in allen Generationen einer Familie alle nur denkbaren Formen geistiger Erkrankung finden; ein besonderer Unterschied zwischen organischen und funktionellen Krankheiten besteht dabei nicht.

Albrecht (6) untersucht die Frage der gleichartigen und ungleichartigen Vererbung an einem größeren Anstaltsmaterial und prüft daraufhin 95 Einzelfälle in





46 Familien; er stellt in etwa 90% gleichartige Vererbung von Geisteskrankheit fest und zeigt so, daß im Gegensatze zum vielfach noch herrschenden Dogma des Polymorphismus die gleichartige Vererbung vorherrscht.

Haškovec (193) hält es für die Pflicht der öffentlichen Gesundheitspflege, das Volk über die Folgen der pathologischen Heredität und der Kontagiosität der Krankheiten — soweit wissenschaftlich bewiesen — aufzuklären und die Menschheit vor der Zeugung kranker Nachkommen zu warnen und zu schützen. „Wenn bei der Eheschließung die Gesetze der pathologischen Heredität allgemein berücksichtigt würden, müßte die Zahl der Geisteskranken usw. abnehmen." „Bis zu einem gewissen Grade hat es die Menschheit in ihrer Hand, das Übel bei der Wurzel zu packen." Verf. fordert neben Belehrung und Aufklärung zweckmäßige legislatorische Reform des Ehevertrages in sanitärer Hinsicht.

Juliusburger (240) beschäftigt sich mit den bekannten einschlägigen Arbeiten *Maier*s und *Oberholzer*s (vgl. Literaturbericht pro 1911 zum 69. Bande der Allg. Ztschr. f. Psych. S. 103*) und spricht die Hoffnung aus, daß auch bei uns die Kastration und Sterilisation von Verbrechern und Geisteskranken eingeführt und so gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung vorgegangen wird.

Clarke (75): Um den Einfluß der Erblichkeit bei Geisteskrankheiten richtig werten zu können, sind die Familiengeschichten sorgfältiger zu erheben als bisher, das Schicksal der gesunden, nicht bloß der kranken Familienglieder ist zu erforschen. Den wichtigen Faktor der Erblichkeit vorausgesetzt, glaubt Verf. doch nicht, daß durch Sterilisierung der Geisteskranken die Rasse verbessert werden könne; denn viele Kranke kommen erst, nachdem sie schon Kinder gezeugt, in die Anstalt, und viele Degenerierte würden nicht von der Sterilisation betroffen werden. Trotzdem befürwortet Verf. die Sterilisation für gewisse Fälle, z. B. bei puerperalem Irresein als Vorbeugung, bei Imbezillität, um diesen Kranken das Fortkommen draußen zu erleichtern. (*Ganter.*)

Oberholzer (373) berichtet über Wirkung und Folgen von Kastration im Pubertätsalter und zeigt an der Hand von 3 Fällen — es handelt sich um einen Geisteskranken und zwei sexuell pathologische, schwer psychopathische Individuen — daß die Geschlechtlichkeit sich auch im besten Falle dem Verluste der Keimdrüsen nicht ohne tiefgreifende Folgen entziehen kann.

Lentz (290) betont: Es gibt nur eine Vererbung, und diese beruht auf der Kontinuität der Einheiten des Idioplasmas, welche notwendig dem *Mendel*schen Gesetze folgen. Alle erblichen Krankheiten sind erbliche Mißbildungen, und diejenigen Mißbildungen, welche man gewöhnlich mit diesem Worte bezeichnet, bilden nur insofern eine Sondergruppe, als sie makroskopisch in die Augen fallen. Alle erblichen Mißbildungen beruhen auf einer Mißbildung des Idioplasmas, die durch Idiokinese entsteht. Die geistige Bildung hängt ebenso wie die körperliche Gestaltung davon ab, wie das Idioplasma gebildet ist. Die enge Beziehung zwischen Keimdrüsen und Gehirn, die so vielfach in Erscheinung tritt, ist nicht nur somatisch, sondern auch idioplasmatisch begründet. Die Tätigkeit des einen Organs beeinflußt die des andern in intensivster Weise; beide Organe sind auch in ihrer Entstehung von derselben Erbeinheit abhängig, wahrscheinlich stärker als jedes von



beiden von irgendeiner andern Erbeinheit abhängig ist. Es gibt also eine idioplasmatische Korrelation zwischen Geschlecht und Charakter. Das Ziel der Rassenhygiene ist die Sammlung der gesunden Idioplasmastämme und ihre möglichste Vermehrung, so daß sie sich im Laufe der Generationen an die Stelle der kranken setzen. Die einzige Möglichkeit der Beseitigung erblicher Krankheiten liegt in der negativen Selektion der betroffenen Idioplasmastämme. Wirklich durchgreifende Rassenhygiene, so hebt Verf. am Schluß seiner sehr bemerkenswerten Ausführungen hervor, ist weder durch Kreuzungen noch durch Eheverbote und Sterilisierungen zu erreichen, sondern einzig und allein durch positive Selektion der gesunden Idioplasmastämme, d. h. dadurch, daß man durch sozial-wirtschaftliche Gesetze den wirklich gesunden Einheiten zur Sammlung und Vermehrung verhilft, so daß sie im Laufe der Generationen an die Stelle der kranken treten.

Maiers (317) Feststellungen sind nicht nur für die praktischen Fragen der Irrenfürsorge bedeutsam, sie geben auch den richtigen Maßstab für die Wichtigkeit der rassenhygienischen Forderungen. Neben beachtenswerten Winken für die Technik zweckmäßiger Irrenzählung bringen die wertvollen Ausführungen den Nachweis, daß die bisherigen Annahmen über die Häufigkeit geistiger Störungen nicht unwesentlich hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Nach den vorzüglich Schweizer Statistiken entnommenen Zahlen kommt auf 40 bis 50 Gesunde ein psychisch Abnormer (2¼ bis 2½%). Bei solchem Prozentsatze geistig Defekter in der erwachsenen Bevölkerung wird auf 200 Einwohner ein Anstalts- bezw. Familienpflegeplatz gefordert; so würde es möglich sein, etwa ein Fünftel jener Defekten in sachgemäßer ärztlicher Pflege unterzubringen. *M.*s Zahlen betreffen Schweizer Verhältnisse; er behauptet aber wohl mit Recht, daß kein Grund zu der Annahme vorliegt, daß in der Schweiz der Prozentsatz geistig Abnormer höher sein sollte als an andern Orten Mitteleuropas.

Rohleder (419) beschäftigt sich in streng wissenschaftlicher Weise mit der blutsverwandtschaftlichen Zeugung und ihren Folgen im Pflanzen-, Tier- und Menschenreich. Einer kurzen Definition des Begriffes Blutsverwandtschaft folgen Allgemeinbetrachtungen über Inzucht. Ausführlich wird dann die Inzucht im Pflanzenreich, in der Tierwelt und besonders beim Menschen behandelt. Da die Blutsverwandtschaft in ihren Folgen noch vielfach verkannt wird, verdienen *Rohleders* Ausführungen besonderes Interesse. Er weist darauf hin, daß die vorhandenen Anschauungen von der Gefährlichkeit der Blutsverwandtschaft exakter wissenschaftlicher Prüfung nicht standhalten. Bei Erörterung der Stellungnahme der Medizin gegen die Konsanguinität betont der Autor, daß wir als Ärzte vor dem Eingehen einer Ehe zwischen Blutsverwandten nicht zu warnen brauchen, wenn beide Ehekandidaten sonst gesund sind. Zum Schluß wird auch die Stellung, welche Blutsverwandtschaft und Inzest bei den Gesetzbüchern der einzelnen Kulturvölker gefunden hat, kritisch beleuchtet.

Hanauer (186) führt aus: „Es gibt keine angeborene — weder körperliche noch moralische — Minderwertigkeit der Illegitimen, sondern die psychische und geistige Schwäche, wo sie auftritt, ist ausschließlich das Produkt der sozialen Ver-



hältnisse.“ Wir haben es also in der Hand, die Unehelichen nicht körperlich und sittlich verwahrlosen zu lassen; es ist unsere Pflicht, dies zu verhindern.

Goronzek (159) zeigt, daß Tätowierungen bei Soldaten selten sind; sie finden sich bei Bestraften nicht so häufig wie bei Unbestraften. Tätowierungen werden vor der Dienstzeit gemacht, zum Teil in früher Jugendzeit, während der Dienstzeit sehr selten. Man findet die gleiche Art von Bildern und Zeichnungen bei Bestraften und Unbestraften, körperlich und geistig gesunden wie geistig minderwertigen und geistig kranken Leuten. Die Bilder werden willkürlich ausgewählt und lassen keinen Schluß zu auf Beruf, Charakter, Neigungen, Kriminalität. Tätowieren ist in der Kindheit Nachahmungstrieb und Spielerei, später Modesache und Zeichen der Langeweile, es dient vielfach dem Gelderwerb. Tätowierungen können nicht zu den sogenannten Degenerationszeichen gerechnet werden.

Strohmayer (482) hat die Abstammung Ludwigs II. und Ottos I. von Bayern einer psychiatrisch-genealogischen Untersuchung unterzogen. Er berichtet kurz über ihre Geisteskrankheit, über ihre Ahnentafeln und schildert dann ihre mütterlichen und väterlichen Ahnen. Die außerordentlich interessanten Ausführungen zeigen, daß von einer Degeneration bei den Wittelsbachern keine Rede sein kann, „daß das explosive Hervortreten zweier geisteskranker Brüder lediglich dem Umstande zuzuschreiben ist, daß ein schwächlicher Vertreter der Wittelsbacher Dynastie in dem vereinigten hohenzollerisch-braunschweigischen Blute seiner Frau eine höchst unglückliche Ergänzung fand“.

Cuylits (87): Der Professor der Psychiatrie an der Universität Louvain, *Masoin*, hat eine historische Studie über Johanna die Wahnsinnige, die Mutter Karls V., veröffentlicht, die der Verf. kurz skizziert. Johanna war fast 50 Jahr auf dem Schloß Tordesillas bei Valladolid untergebracht. Ihr sinnloses Benehmen, ihre Unsauberkeit, ihre gelegentliche Nahrungsverweigerung, ihr Mutismus, ihre Haltlosigkeit veranlassen den Verf. zur Diagnose „folie neurasthénique“. (Wir würden Dementia praecox diagnostizieren.) (*Ganter.*)

Das 4. Heft des 7. Bandes der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten enthält *Sommers* (447) Schlußbericht über den II. Kurs mit Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen, schildert dessen erfolgreichen Verlauf und bringt die Vorträge der einzelnen Autoren über Lebensdauer der Geschlechter des ausgehenden Mittelalters in Deutschland, über Vererbung und Züchtung und über Regeneration. In demselben Hefte zeigt *Leupoldt* (292), daß der „Diktatversuch“ bei psychopathischen Untersuchungen gute Dienste leistet: „Der Diktatversuch bietet die Möglichkeit, verschiedene Störungen der Arbeitsfähigkeit im einzelnen sowie in ihren Beziehungen zueinander aufzudecken. Es kann sogar geschehen, daß er sämtliche psychologisch-charakteristischen Merkmale einer psychischen Störung zum Ausdruck bringt und dazu beiträgt, in Ergänzung mit der klinischen Beobachtung die Intensität der psychischen Störungen objektiv darzustellen.“ *Becker* (27) liefert einen Beitrag zur Frage der Heilbarkeit der Dementia praecox und betont die Möglichkeit einer Heilung, zumal der „sozialen Heilung“. Auch *Sommer* (448) macht auf die Remissionsfähigkeit einer Reihe von



Fällen aufmerksam und rät, hier mit der Unheilbarkeitserklärung bei gerichtlichen Gutachten vorsichtig zu sein.

Abderhalden (2) weist auf die Ergebnisse neuerer Forschungen auf dem Gebiete des Zellstoffwechsels hin, betont deren Wichtigkeit für die Pathologie des Nervensystems und macht auch auf eventuell sich ergebende therapeutische Gesichtspunkte aufmerksam.

Abderhalden und *Weil* (3) haben die Eiweißkörper verschiedener Teile des Nervengewebes auf ihren Gehalt an verschiedenen Aminosäuren untersucht und dabei ihr Hauptaugenmerk auf „neue Bausteine" gerichtet. Die Untersuchungen liefern einen wertvollen Beitrag zur Chemie des Nervengewebes.

Barnes Fill (21) berichtet ausführlich über die bisherigen Resultate chemischer Untersuchungen bei Psychosen; zu einem abschließenden Urteil kommt auch er nicht.

Szećsi (452) faßt seine Untersuchungen dahin zusammen: „Die Liquorzellen sind sehr labile Gebilde, sie besitzen eine besonders große Farbgierigkeit, doch ist sowohl die Labilität wie die Farbgierigkeit keineswegs „eine pathologische oder gar Degenerationserscheinung." „Bei einzelnen Krankheiten wie z. B. der Dementia paralytica sind die lymphoiden Zellen des Liquors besonders klein. Diese Kleinheit ist wahrscheinlich nur zum Teil auf einen schädigenden Einfluß des Liquors zurückzuführen, hauptsächlich aber auf die Abgabe einer Substanz, deren Natur noch zu untersuchen ist.

Fornaca (132): Das Verhalten der Leukozyten bei der vitalen Blutfärbung hat nichts Charakteristisches an sich, das für die Diagnose der Geisteskrankheiten zu verwenden wäre. Doch ist bei der Dementia praecox, der progressiven Paralyse und der Epilepsie bei den jüngeren Individuen eine Vermehrung der sudanophilen Elemente zu verzeichnen. (*Ganter.*)

Fornaca (131) stellte bei 54 Geisteskranken Untersuchungen an über die Widerstandsfähigkeit der Leukozyten. Entnahme von 2 ccm Blut aus der Armvene, Versetzen mit 10 ccm Natrium-Chlorür (0,90%), dazu etwas Natriumzitrat, zentrifugieren, mit einer Pipette die Leukozytenschicht aspirieren und mit folgender Flüssigkeit versetzen: Natriumchlorür 2,5, Natriumzitrat 2,0, Aq. dest. 1000,0, zentrifugieren, die Leukozytenschicht auf dem Objektträger fixieren mit: Tinct. jodi 10,0, Quecksilberchlorür 90,0 (filtrieren), ½ Minute, dann mit Wasser abspülen, färben mit Hämatoxylin-Eosin oder nach *Romanowski*, *Giemsa*. Aus den verschiedenen Veränderungen konnte auf die Widerstandsfähigkeit der Leukozyten geschlossen werden. Diese war höher bei den Geisteskranken als bei den Normalen, am höchsten bei der Epilepsie (außerhalb des Anfalles) und dem moralischen Irresein, stark in den Erregungszuständen des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia senilis, auch bei der Idiotie und dem Alkoholismus, fast gleich wie im Normalzustande bei der Dementia praecox und der Imbezillität. Sie war verringert in marantischen Zuständen, in der depressiven Periode des manisch-depressiven Irreseins, während der epileptischen Anfälle und vielleicht auch bei der progressiven Paralyse. Die erhöhte Widerstandsfähigkeit der Leukozyten erklärt



die leichte Wundheilung bei Geisteskranken, die agglutinierende und bakterientötende Kraft ihres Serums, die Erhöhung des opsonischen Index. (*Ganter.*)

Braun und *Husler* (57) geben eine neue Methode zur Untersuchung entzündlicher Lumbalpunktate an: meningitische Lumbalpunktate, insbesondere tuberkulöse, geben bei Zusatz einer stark verdünnten Salzsäure im Verhältnis 1 : 5 deutliche Trübung und unterscheiden sich dadurch von andern Punktaten.

Reichmann (407) beschreibt einen Apparat zur Spinalpunktion, der vor den übrigen bisher benutzten wesentliche Vorteile bieten soll. Auch zur Anstellung der *Nonne*schen Phase I-Reaktion benutzt er einen kleinen, selbst konstruierten Apparat, der gestattet, die Reaktion auch mit kleinsten Mengen scharf abzulesen.

Reichmann (408) bespricht auf Grund eigener reicher Erfahrung Gefahren und Wert der Lumbalpunktion und geht dabei auf Hydrostatik und Dynamik der Zerebrospinalflüssigkeit näher ein. Er hält die Lumbalpunktion im Liegen für wesentlich ungefährlicher als im Sitzen. In der Frage der Lumbalpunktion bei Hirntumoren stellt er sich auf den *Quincke*schen Standpunkt. In therapeutischer Beziehung hat er mit der Lumbalpunktion bei akut entstandenen Hydrozephalien, bei akuten Meningitiden gute Erfahrungen gemacht. Bei unklaren Fällen mit „nervösen Rückenschmerzen" hat die Lumbalpunktion große diagnostische Bedeutung. Besondere Beachtung verdienen die Ausführungen über Salvarsan und Liquor cerebrospinalis.

Die Untersuchungen *Kafka*s (243), die sich mit der Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis befassen, haben u. a. ergeben, daß der große Hauptteil des Liquors im Plexus chorioideus, spurenweise auch vom Ventrikelependym und vom Ependym des Zentralkanals ausgeschieden wird. Das Zurückhalten der Stoffe des Blutserums, das Übergehenlassen bestimmter, in chemischer Beziehung zur Substanz des Zentralnervensystems stehender Stoffe, wie auch das Auftreten eigener Körper ist als Funktion des Plexus chorioideus anzusehen. Der normale Liquor nimmt eine physiologische Stellung ein, die ihn in die nächste Nähe der Sekrete setzt, ohne daß wir heute schon berechtigt sind, eine echte Sekretion auch als erwiesen anzusehen. Es ist wahrscheinlich, daß die Spinalflüssigkeit von den Ventrikeln zu den subarachnoidealen Räumen zirkuliert, daß die Bewegung sehr langsam erfolgt und daß eine Strömung in entgegengesetzter Richtung wohl nicht vor sich geht. Die Annahme einer positiven, physiologischen und pathologischen Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit liegt auch nach *Kafka*s Versuchen nahe.

Kafka (244) zeigt auf Grund sorgfältiger Durcharbeitung der großen Literatur über die Zerebrospinalflüssigkeit und gestützt auf eigene reiche Erfahrung, daß die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit heute schon exakte Aufschlüsse über normale, vor allem aber pathologische Vorgänge im Zentralnervensystem geben kann, wie es keine andere Methodik vorher vermochte.

Kafka (245—246) orientiert über die fermentative Wirkung des Liquors besonders bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Seine bemerkenswerten Ausführungen zeigen, daß der Fermentgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit bei Erkrankungen des Zentralnervensystems höher ist und daß die mit Abbau einhergehenden Gehirnerkrankungen hier eine vorzügliche Stellung einnehmen; bei der progressiven



Paralyse finden sich die höchsten Zahlen für das lipolytische und diastatische Ferment; bei Dementia praecox, chronischem Alkoholismus, bei organischen Nervenerkrankungen mit starkem Abbau ist der Gehalt an diastatischem Ferment gesteigert; bei den luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wirkt besonders das lipolytische Ferment. Im Blutserum scheint der Fermentgehalt mehr von außerhalb des Nervensystems gelegenen Erkrankungen abhängig zu sein; er ist auch bei krankem Zentralnervensystem hier meist höher als im Liquor.

Kafkas (247) Versuche betreffend den Übergang von Uranin in den Liquor cerebrospinalis bei Mensch und Tier liefern wertvolle Beiträge zu noch ungelösten Fragen über Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. *K.* hat Kranken 5 bis 8 g Uranin in schwarzem Kaffee verabreicht und dann verschieden lange Zeit nach der Eingabe die Lumbalpunktion ausgeführt, um den Übergang des Uranins in die Zerebrospinalflüssigkeit festzustellen. Seine Resultate sprechen für die erhöhte Permeabilität paralytisch affizierter Meningen.

Boas und *Neve* (46) haben an größerem Material die *Weil-Kafka*sche Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit nachgeprüft; ihre Untersuchungen bestätigen im großen und ganzen die Angaben von *Weil* und *Kafka.*

Eichelberg (110) fand bei einem Material von 1020 Spinalflüssigkeiten *Nonnes* Phase I positiv in 97% der Fälle von Paralyse, in 92% der Fälle von Tabes und 80% von Lues cerebrospinalis. Von 150 Idioten hatten 12% positive *Wassermann*sche Reaktion, von 43 gesunden Kindern 15%. Von Paralysen reagierten 97% der Fälle positiv im Blute, Tabes und Lues cerebrospinalis in 90%. Wassermann im Liquor war positiv bei 98% der Paralysefälle, 48% von Tabes, Lues cerebrospinalis nur in 8%. Bei Auswertung nach *Hauptmann* fand *Eichelberg* in 2 Fällen von sicherer multipler Sklerose bei 0,6 ccm Liquor positive *Wassermann*sche Reaktion, außerdem mehrfach Selbsthemmung des Liquors. Positive Hämolysinreaktion fand Verf. nur bei Paralyse. Die *Wassermann*sche Reaktion war bei Paralyse und Tabes durch therapeutische Maßnahmen wenig beeinflußbar.

Maas und *Neumark* (313) bestätigen, daß die *Wassermann*sche Reaktion in Fällen, in denen sie bei 0,2 ccm Liquor negativ war, bei Verwendung größerer Mengen positiv ausfiel; sie haben das viermal bei Tabes und einmal bei Lues cerebrospinalis beobachtet. Immerhin ist aber bei 11 Fällen von Tabes und 5 Fällen von Lues cerebrospinalis die Reaktion auch dann negativ geblieben.

Hough (215) hat die Beobachtung von *Cray* und *Nichols* über die Entstehung einer negativen *Wassermann*-Reaktion nach Alkoholaufnahme an einem Material von 9 Fällen nachgeprüft. Von diesen zeigte einer eine fast negative Reaktion nach größeren Alkoholgaben. Drei der untersuchten Patienten wurden übrigens durch den Alkohol schwer geschädigt.

Orlowski (374) hat Untersuchungen über die Urinazidität angestellt und dabei gefunden, daß sie im Verlaufe des Tages charakteristischen Schwankungen unterworfen ist und entsprechende Kurven zeigt. Bei „präneurotischen Zuständen" hat der Autor an Stelle der normalen Kurven regelmäßig wiederkehrende Abweichungen festgestellt; solche Abweichungen hält er für einen präneurotischen Zustand für absolut charakteristisch. Auch das Überwiegen des sauren Monophosphates



im Urin sowie vermehrter Indikangehalt sollen Signa „präneurotischen Urins“ sein.

Pfeiffer und *Albrecht* (386) haben die Toxizitätsverhältnisse des menschlichen Harns bei verschiedenartigen Erkrankungen untersucht und dabei sehr beachtenswerte Resultate erzielt; sie haben z. B. in Fällen von Dementia praecox festgestellt, daß die Harntoxizität im Sinne der Temperaturreaktion gesteigert ist und die physiologischen Werte um ein Vielfaches übertrifft, daß die Mehrausscheidung des Giftes sich bei nicht geändertem Zustandsbilde dauernd auf beträchtlicher Höhe hält. In 5 Fällen von wesentlicher symptomatischer Besserung sank die Harngiftigkeit auf normale oder die Norm nicht mehr wesentlich übersteigende Werte und hielt sich in einem Falle dauernd auf physiologischer Höhe; in einem Falle, dessen Zustand sich verschlimmerte, stiegen die anfangs nur mäßig erhöhten Giftwerte stark an. In einem Falle von Chorea konnte eine enorm gesteigerte Giftigkeit des Harns beobachtet werden, die bei symptomatischer Besserung des Befindens absank und mit einer neuerlich einsetzenden Verschlimmerung wieder zunahm.

Kürbitz (278) unterzieht die *Mohr*schen Angaben über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwendbarkeit einer Nachprüfung und zeigt, inwieweit sich durch Analyse die Bilder (Spontanzeichnungen und solche nach Vorlagen) entsprechend diesem oder jenem Krankheitsbild abgrenzen und in Beziehung zur Psyche des Darstellers bringen lassen. Verf. hält es für angebracht, zur vollständigen Analyse der Psyche eines Geisteskranken auch seine bildnerischen Produkte genauer zu prüfen.

II. Ätiologie.

Laquer (287) schildert in anregender Weise nach kurzem geschichtlichen Überblick die Schäden der Großstadtarbeit und zeigt, wie diese Schäden zu verhüten und zu heilen sind; er gibt dabei ein vorzügliches Bild kaufmännischer Sozialpolitik.

Hirschberg (206) hat bei 174 an Flecktyphus erkrankten Männern 12 mal Psychosen beobachtet und stellt folgende Thesen auf: „Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Grundursache des infektiösen Irreseins in der Intoxikation zu suchen ist. Kollaps und Erschöpfung spielen keine wesentliche Rolle in der Erzeugung des sogenannten Kollapsdeliriums. Der Flecktyphus gehört zu denjenigen Infektionskrankheiten, bei welchen Geistesstörungen häufig auftreten; er bedeutet eine schwere Infektion, die tiefere und sich schwer ausgleichende Veränderungen in der Hirnrinde hervorruft. Dafür spricht die Tatsache, daß in fast mehr als der Hälfte aller Beobachtungen die während des Fiebers entstandenen Wahnideen noch längere Zeit den Temperaturabfall überdauerten. Die Form der Geistesstörung wird nicht durch das Stadium der Infektionskrankheit bestimmt, aus welchem sie hervorgegangen ist. Die Beobachtungen geben nicht das Recht, von spezifischen Flecktyphuspsychosen zu sprechen. Die geschilderten Krankheitsbilder sind auch bei andern Infektionskrankheiten beobachtet worden, indes verdient vielleicht das häufige Hervortreten von Benommenheit und von amnestischen Symptomen Beachtung.“



Nach *Hirschberg* (207) gehört der Flecktyphus zu denjenigen Infektionskrankheiten, die besonders häufig Veranlassung zur Entstehung von Psychosen geben. In allen vom Verf. beobachteten Fällen war Delirium, in 12 (von 175) Fällen ausgesprochene Psychose zu verzeichnen. *H.* hält es nicht für zulässig, von einer spezifischen Flecktyphuspsychose zu sprechen. Immerhin ist ein ziemlich konstantes Hervortreten bestimmter Symptome beachtenswert. Verf. macht namentlich auf das Fehlen irgendwie bedeutender motorischer Unruhe, auf die häufigen und scharf ausgeprägten amnestischen Symptome und auf die Beeinträchtigungen des Bewußtseins aufmerksam. Die Hauptursache bei Entstehung der Psychose nach Infektionskrankheiten ist nach dem Verf. in der Intoxikation zu suchen. Kollaps und Erschöpfung spielen auch in der Ätiologie des sogenannten Kollapsdeliriums keinerlei Rolle. Die Art der Psychose hängt auch keineswegs von dem Stadium der Krankheit, in dem sie entsteht, ab. (*Fleischmann*-Kiew.)

Hiller (204) schildert die Hitzschlagpsychose; er führt sie auf psychoneurotische Veranlagung und Erschöpfung durch Marschleistung zurück; die letztere bildet das auslösende Moment.

Bieck (39): Die Entzündungen der Prostata und des Colliculus seminalis, deren Ätiologie und Behandlung eingehend besprochen werden, führen zu bestimmten Symptomen von Rückenmarks- und Gehirnreizung. Als Unterstützungsursachen wirken hierbei neuropathische Belastung und angeborene Widerstandsunfähigkeit mit. Für das charakteristische Krankheitsbild wünscht Verf. die Bezeichnung Prostatapsychose.

Neurath (368) beschäftigt sich auf Grund eigener Erfahrung, gestützt auf reiches Literaturstudium, mit der Frage der postskarlatinösen oder den Scharlach komplizierenden Nervenkrankheiten vom Standpunkte der Klinik, der Anatomie und der Pathogenese. Postskarlatinöse Psychosen finden sich bei Erwachsenen ungleich häufiger als bei Kindern. Neben der Schwere der Scharlacherkrankung scheint individuelle Disposition, Heredität von Einfluß auf das Entstehen der Psychosen zu sein. Besondere Bedeutung hat auch die öfters die Psychosen begleitende Urämie. Die klinischen Bilder solcher Psychosen sind vielgestaltig, nicht spezifisch.

Engelhard (114) berichtet über die in der geburtshilflichen Klinik zu Utrecht zwischen 1899 und 1910 beobachteten Geistesstörungen und erörtert dabei den Zusammenhang zwischen Gravidität, Geburt und Wochenbett einerseits und Psychose anderseits. Im ganzen sind bei 19 910 Geburten 51 Fälle von psychischen Störungen (= 0,25%) vorgekommen. Die Zahl der akuten Psychosen beträgt 29 (= 0,14%). Die Beobachtungen des Verf. bestätigen die heutigen Anschauungen über die Psychosen während des Generationsgeschäftes.

König (260) berichtet in kritischer Form über sieben in der Kieler Klinik beobachtete Fälle von menstruellem Irresein, von denen 3 in chronische Erkrankungen übergegangen sind. Verf. nimmt an, daß die zur Zeit der Menses auftretenden Psychosen in Wirklichkeit viel häufiger sind, als es scheint; sie bilden zwar kein in sich geschlossenes, in ihren Symptomen von andern Psychosen deutlich geschiedenes Krankheitsbild, lassen sich aber doch in klinischer Beziehung genau abgrenzen.

In der Einteilung dieser Psychosen folgt Verf. *Krafft-Ebing*; dessen epochale Menstruationspsychose nennt er mit *Ziehen* eine zirkuläre Psychose der Menstruation.

Ewart (118) glaubt, daß das Ausbleiben der Menses eine besondere Form des Irreseins hervorrufen könne. Man kann diese daran erkennen, daß die Krankheit innerhalb von 3 Monaten nach Wiedereintreten der Menses zur Heilung gelangt. Immer liegt Heredität vor. Da, wo nach dieser Zeit keine Genesung eintritt, handelt es sich nicht um diese besondere Form. (*Ganter.*)

Bossi (52) führt eine Reihe von psychischen Störungen bei Frauen auf Krankheiten ihres Genitalapparates zurück und schlägt eine gynäkologische Klassifikation der durch Genitalerkrankung verursachten oder damit zusammenhängenden Psychosen vor; er unterscheidet auf Grund seiner klinischen Erfahrung toxisch-infektiöse Psychosen, Psychosen infolge veränderter Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion und Psycho-Neurosen infolge Erschöpfung. Der Autor stellt folgende Schlußfolgerungen auf: „1. Vor Einschließung einer Patientin in eine Irrenanstalt muß festgestellt werden, ob der Genitalapparat in regelmäßigem Zustande ist, und wenn derselbe erkrankt befunden wird, soll sogleich die Heilung eingeleitet werden, ehe zur Einschließung geschritten wird. 2. In allen gynäkologischen Instituten sollen ein paar Räume für Patientinnen vorbehalten sein, welche gleichzeitig Eierstocks-Uteruserkrankungen und Erscheinungen von Irrsinn aufweisen, zum Zwecke, die Pat. an ihrem Genitalapparate behandeln zu können, unter gleichzeitiger Beaufsichtigung und Überwachung der psychischen Störungen. 3. Diese schwerwiegenden Tatsachen des großen Einflusses der anatomischen und funktionellen Veränderungen des weiblichen Genitalapparates auf die Hervorrufung nervöser und psychischer Gleichgewichtsstörungen, besonders bei erblich belasteten Frauen, müssen von den gynäkologischen Lehrstühlen aus unter Ärzte und Studenten und durch Schriften und Vorträge im großen Publikum verbreitet werden. Die traurige Wahrheit muß endlich anerkannt werden, daß bei längerem Bestehen der durch vernachlässigte Eierstocks- und Uteruserkrankungen hervorgerufenen nervösen und geistigen Störungen diese sich gleichsam systematisieren und auch bei erfolgter Heilung des Genitalapparates fortbestehen, weshalb die wirkliche gynäkologische Prophylaxe des Irrsinns ihre Stütze in der frühzeitig eingeleiteten Behandlung und Heilung des Genitalapparates finden muß." *Bossi* schildert in temperamentvoller Weise die Erfolge, welche er in 32 Fällen mit entsprechender gynäkologischer Behandlung gehabt hat. Man wird abwarten müssen, ob diese Erfolge auch bei größerem, mannigfacherem Material erzielt nud bestätigt werden. Ob *Bossi*s Erfolge seine weitgehenden Forderungen rechtfertigen und die von ihm erwarteten praktischen Folgen haben werden, kann nur langdauernde klinische Beobachtung an großem Krankenmaterial unter gleichmäßiger Berücksichtigung der psychischen und gynäkologischen Störungen entscheiden. Die Anstaltserfahrung bestätigt *Bossi*s Ansichten bisher nicht. Seine Schlußfolgerungen werden voraussichtlich nicht sobald verwirklicht werden; im Interesse der Kranken ist das nicht zu bedauern.

Schultze (467) wiederholt und erweitert seine Forderungen, die regelmäßige gynäkologische Untersuchung und Therapie der weiblichen Geisteskranken be-

treffend, und rekurriert dabei besonders auf *A. T. Hobbs* Erfolge (Buffalo med. Journ., February 1902). „1880 schlug ich vor, es solle in jedem Irrenhaus einer der Assistenten ein fertiger Gynäkologe sein. Es kam ja und kommt zunächst auf die gynäkologischen Diagnosen an. Nun sollte man einmal einen als Operateur bewährten Gynäkologen zum Direktor eines großen Weiberirrenhauses machen. Psychiatrisch gebildete Assistenten zur Seite würde er allen Indikationen gerecht werden." „Die gynäkologische Diagnose soll ein regelmäßiger Bestandteil des Aufnahmebefundes sein."

Ruckert (422) resümiert *Schulzes*, *Bossis*, *Hobbs* Erfolge und Publikationen und berichtet über einen selbstbeobachteten, durch Operation — Entfernung der linken pathologisch veränderten Adnexe — geheilten Fall von Melancholie; er wiederholt die *Schulze*schen Forderungen und schließt sich ihnen an.

Siemerling (436) legt Verwahrung ein gegen die von *Bossi* im Zentralbl. f. Gynäkologie 1911, Nr. 36 vertretenen Anschauungen, daß nicht weniger als die Hälfte der Selbstmorde bei Frauen gynäkologischen Ursprungs sind, und daß sich die Manie zum Selbstmorde durch Vornahme einer entsprechenden Operation beseitigen läßt. Er unterzieht *Bossis* Fälle einer kurzen, treffenden Kritik; sie beweisen nicht den ursächlichen Zusammenhang zwischen gynäkologischen Läsionen und Neurosen bezw. Psychosen. Nach kurzer Erörterung der Beziehungen von Neurosen und Psychosen zu den Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane betont der Autor, daß bei Behandlung solcher psychischen und nervösen Leiden an die Spitze immer die Allgemeinbehandlung, die psychische Behandlung gestellt werden muß und daß in keinem Falle, wo ein lokaler Befund entsprechende Behandlung erfordert, die psychische Beeinflussung ganz auszuschließen ist. „Nicht die Gynäkologie hat ihren Einzug in die Irrenanstalten gehalten, sondern die Psychiatrie hat ihren Weg gefunden und sich Bürgerrecht erworben bei der Gynäkologie und der gesamten übrigen Medizin."

Schultze (468) polemisiert gegen *Siemerlings* Bemerkungen zu *Bossis* Ausführungen und Forderungen die Gynäkologie in den Irrenanstalten betreffend, und verlangt in humanem, sozialem und nationalökonomischem Interesse gynäkologische Untersuchung der weiblichen Irren und operative usw. Beseitigung der gefundenen Schäden. „Abgesehen von der Hebung des körperlichen Befindens derjenigen Irren, die von einem Genitalleiden oder einem alten Geburtsschaden durch Operation befreit wurden, steht zu erwarten, daß vielen von diesen durch Befreiung von ihrem Genitalleiden die Möglichkeit, von ihrer Psychose zu genesen, näherrückt, daß manchen diese Genesung durch die Operation unmittelbar zuteil wird." Die gynäkologische Untersuchung soll mit Rücksicht auf den psychischen Zustand der Kranken sowie auch zur Sicherung ihres Ergebnisses in Narkose stattfinden.

Walthard (518) schließt sich den Auffassungen *Siemerlings* vom Standpunkte des Gynäkologen aus an; auch er hält die Ansichten *Bossis*, welcher das Auftreten psychoneurotischer Erscheinungen bis zu ihrer höchsten Potenz, dem Tentamen suicidii, auf materielle Veränderungen des Genitale bei psychoneurotisch veranlagten Frauen zurückführt, für unhaltbar.

Stoeckel (479) unterzieht die *Bossi*schen Publikationen ebenfalls einer ab-



lehnenden Kritik. „Das Gute und Sachliche derselben liegt darin, daß durch sie von neuem ein kräftiger Anstoß gekommen ist, die sicherlich sehr wichtigen Beziehungen der Psychiatrie zur Gynäkologie auch nach der therapeutischen Seite hin zu prüfen. Das ist des Autors Verdienst; was darüber hinausgeht, erscheint mir bisher problematisch."

Peretti (382) lehnt die *Schultze-Bossi*schen Thesen und Forderungen ebenfalls ab; er hält die ausnahmslos vorgenommene innere Untersuchung jeder weiblichen Geisteskranken vor oder sofort nach der Aufnahme in eine Anstalt nicht nur für unnötig, im Hinblick auf etwaige psychische Folgen sogar für gefährlich, er will nur in einschlägigen Fällen die Hilfe eines Gynäkologen heranziehen.

Mathes (331) weist auf die Gefahren der *Bossi*schen und *Ortenau*schen Ansichten hin: „Die Gefahr, daß der praktische Arzt durch solche Publikationen verleitet werde, das Genitale psychisch gestörter, nervöser Frauen wieder ausschließlich zum Objekt seiner Bemühungen zu machen, während gerade in den letzten Jahren die Allgemeinbehandlung der sogenannten „unterleibskranken" Frauen zu deren Heile immer mehr Geltung gewonnen hat." Verf. bemängelt, daß *Bossi* es unterlassen, den Geisteszustand seiner Kranken genauer zu untersuchen und zu umschreiben; er betont, daß allen psychischen Erscheinungen bei „unterleibskranken" Frauen der psychasthenische Symptomenkomplex gemeinsam ist und daß *Bossi* offenbar die Gabe, solche Kranke zu behandeln, in hervorragendem Maße besitzt. „Daß er dabei auch Skarifikationen und Plastiken an der Portio, Abrasionen der Schleimhaut und größere gynäkologische Eingriffe vornimmt, beeinträchtigt den Erfolg seiner Behandlungskunst nicht, ja diese Operationen mögen sie sogar fördern, wenn den Kranken der Glaube an die Heilkraft dieser Maßnahmen unerschütterlich eingepflanzt ist." Verf. fordert, daß jeder Gynäkologe sich soweit mit Psychiatrie beschäftige, als es notwendig ist, um den psychasthenischen Symptomenkomplex und seine Grundlagen zu erkennen. „Kein Fall der sogenannten kleinen Gynäkologie wird dessen Zeichen, wenn auch nur in Rudimenten, vermissen lassen."

Reiter (411) berichtet über einen Fall von akuter Geistesstörung, entstanden unter dem Eindrucke der Schwurgerichtsverhandlung. Es handelt sich um einen eigenartigen Dämmerzustand mit *Ganser*schem Symptom, wobei trotz vollständigen Erfassens der einfacheren Fragen (Geburtsort, Aufenthalt, Geburtsjahr) verkehrte Antworten erfolgten. Verf. macht darauf aufmerksam, wie sehr der Laie geneigt ist, solch plötzlich auftretendes absonderliches Verhalten eines Menschen als Simulation zu deuten.

Heinicke (199) veröffentlicht zwei aus den Jahren 1780 und 1794 stammende Gutachten, welche im Gegensatze zu den Anschauungen damaliger Zeit die Ursachen der Geisteskrankheit wieder auf das körperliche Gebiet verlegen, dabei das Gehirn allerdings noch fast völlig außer acht lassen.

Kreuser (272) schildert die psychischen Wirkungen des Erdbebens, welches Südwestdeutschland am 16. November 1911 heimgesucht. Vorwiegend hat es neurasthenische Beschwerden ausgelöst. Bei 6 Kranken der Winnentaler Anstalt wurde das Erdbeben als Ursache bezeichnet für die Entstehung, Wiederkehr oder



Verschlimmerung der Krankheit. Verf. glaubt nicht, daß jenem Erdbeben hinsichtlich seiner psychischen Wirkungen ein so schlimmer Einfluß zukommt, wie er ihm vielfach beigelegt worden ist.

III. Pathologie.

Kauffmann (250) macht darauf aufmerksam, daß den Psychosen Prodromalsymptome vorausgehen, Temperatursteigerungen, Störungen der Atmung, der Herztätigkeit, Lähmungs- und Reizerscheinungen der Muskulatur, abnorme Körpersensationen, Angst, auffallende Heiterkeit, Albuminurie, Glykosurie, beträchtliche Indikanausscheidung, und empfiehlt deren Beachtung und Wertung für die Diagnose.

Liepmann (298): Ein kurzer, zusammenfassender Vortrag, in dem Verf. die angeborenen und erworbenen Psychopathien definiert. Es wird die Entwicklung von der Lehre der Entartung kurz gestreift. Die Lebensschicksale der Degenerierten, die verschiedenen Formen der auf dieser Grundlage auftretenden Haftpsychosen und die strafrechtliche Beurteilung werden behandelt. Prophylaktisch empfiehlt Verf. eine Regelung der Fortpflanzung der schwer belasteten Individuen.

Suchanow (450) erörtert einige Fragen der Moralpathologie. Defekte des Moralsinns lassen sich in der frühesten Kindheit feststellen. Sie kommen aber fast nie isoliert vor: daneben findet man auch Schwäche der Verstandestätigkeit und — in einigen Fällen — Abschwächung des Selbsterhaltungstriebes. Außer den sehr häufigen Fällen der Moralhypästhesie kommen auch Fälle mit Hyperästhesie, Fälle von „pathologischem Altruismus" zur Beobachtung. Namentlich hysterische und psychasthenische Personen weisen manchmal solche Züge auf. Zu den pathologischen Erscheinungen auf diesem Gebiete gehört auch Mangel an moralischer Festigkeit, Neigung zum Schwanken, zu plötzlichen Übergängen von altruistischen Impulsen zu grob egoistischen Handlungen. Diese Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit kennzeichnet den sogenannten psychischen Infantilismus.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Stier (478): Bei 3000 nerven- und geisteskranken Kindern und Jugendlichen fand Verf. keinen einzigen Fall von homosexueller Perversität. Andere Formen von sexuellen Störungen und echte Perversionen anderer Art kamen häufig vor. Die Onanie kommt für die Entstehung des konträren Sexualgefühls ätiologisch durchaus in Betracht. Zum Nachweise des Angeborenseins der Homosexualität muß Onanie in jedem Falle ausgeschlossen werden. Verf. unterscheidet zwei Hauptkomponenten des Sexualgefühls beim Menschen, die durch disharmonische Entwicklung zur Perversion führen können.

Marcuse (321) veröffentlicht den Selbstbericht eines Homosexuellen, der im wesentlichen das Bild des Autoerotismus bietet, und knüpft daran bemerkenswerte Ausführungen besonders in therapeutischer und forensischer Beziehung.

Hennes (201) berichtet über ein Kind, bei dem schon früh nervöse Zeichen, abnorme Reizbarkeit der affektiven Sphäre und Symptome von geistiger Erschöpfung beobachtet wurden. Verf. will solche Kinder, die er dem Gebiete der psychopathischen Konstitution zuweist, in Sonderanstalten erzogen wissen und



erhofft von heilpädagogischer Erziehung und zweckmäßiger unterrichtlicher Behandlung Verhütung geistigen Siechtums.

Haškovec (192) beschreibt einen Fall von psychischem Puerilismus mit Demenz infolge organischer Gehirnläsion und beschäftigt sich dann ausführlich mit dem Symptom des Infantilismus der Sprache und seiner Pathogenese.

Raecke (403) schildert kurz die psychischen Ausnahmezustände bei Schwangeren und die mannigfache Art ihrer Entwicklung und behandelt dabei auch die Frage des künstlichen Aborts. „Man wird am sichersten gehen, wenn man immer zunächst Beobachtung in geschlossener Anstalt verlangt, ehe man seine Entscheidung trifft. Die sofortige Einleitung des Aborts in der Absicht, auch die Verbringung in eine Anstalt zu umgehen, ist im allgemeinen für unstatthaft zu erklären."

Kopystinski (263) beschäftigt sich in seiner fleißigen Arbeit mit der Frage des pathologischen Wanderns. Nach ausführlicher Erörterung der in der Literatur gesammelten Angaben und Ansichten und eingehender Beschreibung von 15 eigenen Beobachtungen kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: Man muß verschiedene Typen des krankhaften Wanderns unterscheiden: 1. Die „Fugues", kurze Zeit dauernde Wanderungen, die bei verschiedenen Psychopathien beobachtet werden, durch die Grundsymptome dieser krankhaften Zustände direkt verursacht und mit keinen Bewußtseinsstörungen verknüpft sind; 2. die „Vagabondage", ein konstitutioneller, dauernder Hang zum Wandern, der mit der Veränderung der Persönlichkeit auf dem Boden der Degeneration oder einer Psychose in Zusammenhang steht; 3. die Dromomanie, vorübergehende Zustände, bei denen das Wandern einen impulsiven Charakter, in den meisten Fällen einen Zwangscharakter, trägt; 4. automatisches Wandern, das sich hauptsächlich durch Bewußtseinsstörung auszeichnet und die verschiedenen Gruppen des ambulatorischen Automatismus, den Somnambulismus und die Prokursion einschließt.

Neben diesen typischen Formen kommen auch recht häufig atypische, gemischte und Übergangsformen zur Beobachtung. Bei ein und derselben Erkrankung können verschiedene Formen des Wanderns vorkommen, so findet man bei Epileptikern sowohl Fugues als Automatismus oder auch Vagabondage. Als ursächliche Momente kommen Störungen des Intellekts (Wahn, Sinnestäuschungen, Schwachsinn), der Stimmung und des Bewußtseins in Betracht. In übergroßer Mehrzahl ist der pathologische Wandertrieb bei Männern beobachtet worden, was wohl mit der beweglichen Lebensweise der Männer zusammenhängt. Es muß ein gewisser Zusammenhang zwischen dem ambulatorischen Automatismus einerseits und denjenigen kortikalen Prozessen anderseits, die verschiedenen Krampfformen zugrunde liegen, angenommen werden, denn auffallenderweise kommt der ambulatorische Automatismus wie die verwandten Zustände fast ausschließlich bei solchen Erkrankungen vor, bei denen Krämpfe zu den konstanten Symptomen gehören. Der auf dem Boden des Alkoholismus entstandene ambulatorische Automatismus unterscheidet sich meist in nichts von den epileptischen Formen. Es kommen nur in einigen Fällen Sinnestäuschungen und andere Symptome von Alkoholintoxikation hinzu. (*Fleischmann*-Kiew.)



Wagner v. Jauregg (516) schildert die krankhaften Triebhandlungen: kleptomane, pyromane, poriomane Impulse, Fetischismus, Sadismus, Masochismus nach ihrer psychologischen und klinischen Seite und knüpft daran wertvolle Bemerkungen über ihre forensische Bedeutung. „Die krankhaften Triebe sind das Produkt einer krankhaften Gehirntätigkeit, die sich aber fast nie in ihnen allein, sondern auch in andern Störungen der geistigen und Nervenfunktionen äußert."

Löwy (301) berichtet über Nebenerscheinungen bei Trink- und Badekuren besonders psychischer und nervöser Natur an der Hand selbstbeobachteter Fälle und liefert so einen wertvollen Beitrag zur Kasuistik der Ausdrucksformen der „Brunnenkrise", die er in den meisten Fällen als „kongestive Unruhebilder" auffaßt.

Wiedmer (531) beschäftigt sich mit der Ermüdung durch Bergsteigen, mit der Bergkrankheit. Auf Grund reichster Erfahrung schildert er ihre Symptome und zeigt, daß der Hauptvorgang der Ermüdung sich im zentralen Nervensystem abspielt.

Westphal (527) beschreibt zunächst einen Fall von einseitiger totaler Pupillenstarre bei Hemicrania ophthalmica, die bei einem hysterischen Mädchen beobachtet wurde. Es ist nach ihm wahrscheinlich, daß die absolute Pupillenstarre bei der Migräne, bei der Katatonie, vielleicht auch bei der Hysterie, in engem Zusammenhang mit kortikalen Erregungen und den durch diese bedingten vasomotorischen Störungen steht. Bei einem Falle von anscheinend paradoxer Lichtreaktion der Pupillen konnte mittels des Kornealmikroskops eine kurzdauernde, minimale, aber zweifellos vorhandene Verengerung der Pupille festgestellt werden. Aufgefaßt wird diese Pupillenstörung als der Vorläufer einer typischen reflektorischen Pupillenstarre. — Bei dem dritten Falle handelt es sich um eine neurotonische Reaktion der Pupillen bei einem Manne, bei dem sich die Pupillen nach eingetretener Verengerung zunächst bei heller Belichtung überhaupt nicht wieder erweiterten, sondern in hochgradiger Verengerung verharrten, um sich erst nach längere Zeit dauernden Beschattungen wieder zu erweitern.

Erlenmeyer (116) beschreibt eine eigenartige Pupillenbewegung, bei der es sich um einen anfallweise auftretenden klonischen Krampf der Iris mit exzentrischen Erweiterungen und Wiederzusammenziehungen der Pupille handelt. Der Fall betrifft eine 48 jährige Hysterika. Verf. faßt diese „wandernde" Pupille als hysterisches Zeichen auf.

Söderbergh (444) hat bei einer extramedullären Geschwulst der Zervikalregion *Babinskis* „l'inversion du réflex du radius" beobachtet; auch er glaubt, daß die Inversion des Radiusreflexes ein empfindliches Zeichen für eine Läsion der Wurzeln des normalen Radiusreflexes im Zervikalmark ist.

Fischer (126) berichtet über einen Fall von zerebralem Fieber. Im Verlauf eines schweren negativistischen Stupors hatten sich ohne somatische Ursache Temperatursteigerungen mit dem Charakter einer Febris continua eingestellt. Von Antipyretizis hatte nur Aspirin vorübergehende Temperatursenkung zur Folge; eine kleine Dosis Hyoszin-Morphium bewirkte dagegen sofortige Entfieberung; Temperatur und Hyperhydrosis verschwanden nach der Injektion dauernd. Verf. glaubt,



daß Temperaturveränderungen mit Hirnrindenveränderungen in Beziehung stehen, daß abnorme Fiebertemperaturen durch abnorme Reize im Wärmezentrum bewirkt werden und daß durch Beseitigung solcher Reize sofortige Entfieberung erreicht wird.

v. Rad (399) berichtet über eine Familie, in der es bei vier Mitgliedern zur Entwicklung von drei verschiedenen familiär-hereditären Nervenkrankheiten kam. Seine Ausführungen sind ein wertvoller Beitrag zum Krankheitsbegriff der Heredodegeneration (*Jendrassik*). Auf den Alkoholismus als ätiologisches Moment wird besonders hingewiesen, ebenso auf die Tatsache, daß die Heredität das männliche Geschlecht bevorzugt. Die mitgeteilte Familiengeschichte zeigt heterologe Heredität.

Kutzinski (281) beschreibt einen eigenartigen Fall von anfallsweise auftretenden Geruchshalluzinationen mit nachfolgenden psychischen Veränderungen bei einer 65 jährigen, von jeher nervösen, leicht senil-dementen Frau und erörtert dann unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur die Beziehungen zwischen inzipienter Geruchshalluzination und Herdlokalisation. *K.* kommt auf Grund seiner Beobachtung und Zusammenstellung zu dem Schluß, daß halluzinatorische Reizsymptome des Geruchssinns ihren Sitz in den Zentren, Gyrus hippocampi, Uncus und Ammonshorn haben, daß die Ausfallserscheinungen durch Affektionen des Bulbus und Tractus olfactorius oder durch Zerstörung der Zentren hervorgerufen werden. Bei der Geruchsaura handelt es sich um ein direktes Reizsymptom der fraglichen Region, sei es durch Herderkrankung, Druck oder beginnende Alterssklerose.

Münzer (357) faßt seine sehr bemerkenswerten Ausführungen dahin zusammen: Die klinische Erfahrung lehrt uns, daß auf dem Boden psychischer Traumen sich Erkrankungen entwickeln, die wir auf die primäre Alteration einer Blutdrüse zu beziehen gewohnt sind. Aus diesem Umstande glauben wir mit Wahrscheinlichkeit schließen zu können, daß ein Teil dieser Erkrankungen, entsprechend der ursächlichen Schädigung, zerebral bedingt und daß die Läsion der betreffenden Blutdrüse eine sekundäre ist; für die Physiologie ergibt sich hieraus die These, daß die Blut- oder Stoffwechseldrüsen wahrscheinlich im Gehirn durch ein besonderes Projektionsfeld repräsentiert sind.

Löwy (304) gibt anschließend an frühere Veröffentlichungen die ausführlichen Krankengeschichten von 6 Fällen wieder, bei denen er eine seltene, im einzelnen noch unbekannte Störung der inneren Sekretion: „Dyshumorie", annimmt. Die Vielseitigkeit der klinischen Symptome entzieht sich der Wiedergabe in einem kurzen Referat. Neben unbestimmter Angst, Unruhe, Mattigkeit, halluziniertem Namensruf stehen auf körperlichem Gebiete Pigmentanomalien, Parästhesien, Tremor, vasomotorische Störungen im Vordergrunde.

Marie et *Parhon* (325) untersuchten histologisch die Drüsen mit innerer Sekretion (Schilddrüse, Nebennieren, Pankreas, Hoden) bei verschiedenen meist dementen Geisteskranken. Sie fanden fast immer Veränderungen, lassen aber deren Beziehungen zu den Geisteskrankheiten dahingestellt. (*Ganter*).

Gallais (144): Mann von 25 Jahren, Riesenwuchs, keine erkennbare Vergrößerung des Türkensattels, Brust und Hüften von weiblichem Bau, Genitalien normal. Pat. zeigt weibisches Wesen, Fühlen und Gebahren, fühlt sich zum männlichen



Geschlecht hingezogen. Von früh auf war der mädchenhafte Charakter ausgeprägt. Mit 8 Jahren hatte sich das vermehrte Wachstum bemerklich gemacht. (*Ganter.*)

Courbon (80): Ein Fall von Dem. senilis und Dem. progressiva, bei denen das Gedächtnis merkwürdig gut erhalten ist, woraus Verf. schließt, daß Demenz bestehen könne bei intaktem Gedächtnis. (*Ganter.*)

Vernet (507): Ein armenischer, in Frankreich praktizierender Arzt exhibitionierte verschiedentlich. Gutachten über verminderte Zurechnungsfähigkeit wegen Neurasthenie. 3 Monate Gefängnis. (*Ganter.*)

Ladame (282) hat an 150 Gehirnen von Geisteskranken gefunden, daß da, wo es sich um Bewegungsstörungen handelte, immer auch eine Veränderung der *Betz*schen Pyramidenzellen vorlag. (*Ganter.*)

Lafora (283): Zwei Fälle mit Malariaparasiten in den Gehirngefäßen: Stupor, Koma. Ein Fall mit Affektion der peripherischen Nerven, ohne psychische Störungen. Diesen Fall führt Verf. auf toxische Störungen, verursacht durch die Parasiten, zurück. Behandlung des Komas mit intravenösen Injektionen von Chinin. (*Ganter.*)

Lafora (284) hat in 3 Fällen von Pachymeningitis haemorrhagica int. auf der Innenfläche der Dura durchgefärbte Plaques gefunden von 1 bis 2,5 mm Durchmesser, in deren Zentrum sich eine kleine Vertiefung befindet. Die dunkle Farbe rührt von Pigmentzellen her. Die Plaques zeigen die Struktur des Bindegewebes. Sie erheben sich auf der neugebildeten Membran und haben keinen Zusammenhang mit dem Gewebe der Dura. Verf. glaubt, daß sie eine Reaktion der Membran gegen-, über den kapillären Blutungen und deren Umwandlungsprodukten (Blutpigment) darstellen. Vor Verf. haben nur *Middlemap* und *Robertson* ähnliches beschrieben. (*Ganter.*)

IV. Therapie.

Groß (166) sieht die Aufgabe der allgemeinen Therapie der Psychosen darin, die Bedingungen anzugeben, unter denen das weitere Fortschreiten der Geisteskrankheit nach Möglichkeit gehemmt und ihre Entwicklung zum besseren hingeleitet wird. Er gibt einen vorzüglichen kritischen Überblick über den heutigen Stand dieser Therapie, behandelt zunächst die Probleme der Prophylaxe und beschäftigt sich dann eingehend mit den Einrichtungen und Wirkungsmöglichkeiten der Irrenanstalt, die er zum großen Teil als langsam, aber stetig wirkende Milieuwirkung auffaßt. Bei der Psychotherapie werden direkte und indirekte psychische Behandlung und besonders die Beschäftigungstherapie abgehandelt. Alle hierher gehörigen Fragen: „Welche Arten von Arbeiten sollen gewählt werden, welches ist die Technik dieser Arbeiten, wie und wo wird die Beschäftigungstherapie am erfolgreichsten durchgeführt, welche Kranken eignen sich für die Arbeitstherapie, ist diese wirklich die Universalmedizin, welches sind ihre besonderen Schwierigkeiten und Kontraindikationen?“ — werden in anregender Weise besprochen. Bei den physikalisch-diätetischen Behandlungsmethoden erörtert der Autor den großen Wert der Bettbehandlung, bespricht Methodik und Indikationsstellung der Isolierung und Separierung und vertritt dabei die Ansicht, daß die Separierung eines



unserer wirksamsten Behandlungsmittel ist. Auch die hydriatischen Prozeduren, Luft- und Lichtbehandlung, Ernährung finden in diesem Teil ihre kritische Würdigung. Wertvolle Ausführungen über medikamentöse Behandlung, chirurgische Therapie, Fürsorge außerhalb der Anstalt, Familienpflege und Sorge für Entlassene bilden den Schluß der interessanten, den heutigen Stand unserer allgemeinen Therapie vorzüglich charakterisierenden Abhandlung. Die für eine Anstalt notwendige Arztzahl nimmt Verf. auffallend niedrig an: außer dem Direktor 5 Ärzte auf 1000 Kranke und 50% Aufnahmen. Ob dabei die ärztliche Versorgung der Kranken modernen Ansprüchen gerecht werden kann und Zeit zu wissenschaftlichen Arbeiten übrig bleibt, erscheint zum mindesten zweifelhaft.

Enge (113) klärt den praktischen Arzt darüber auf, was alles zur Überführung eines Kranken in eine Anstalt notwendig ist, wie die Überführung am besten ausgeführt und wie der Kranke bis dahin am zweckmäßigsten behandelt wird.

Schmiedeberg (461) gibt in der bekannten *Teubner*schen Sammlung in anregender und leicht verständlicher Form eine Darstellung der wesentlichen Ergebnisse der heutigen Pharmakologie. Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei ist die Ausbreitung wissenschaftlicher Anschauungen über Arznei- und Genußmittel sehr wertvoll. Die psychischen Wirkungen der Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie der Alkoholgruppe und der Vergiftungen sind eingehend berücksichtigt. Das Buch wird auch auf diesem Gebiete aufklärend wirken.

Zum Schutze gegen den Lärm in den Häusern der Großstädte empfiehlt *Haenel* (179) einfach anzubringende, aber wirksame Änderungen in der Konstruktion der Decken und Fußböden, neben andern Mitteln, die den gesundheitsschädlichen, überflüssigen Lärm mindern und so eine Hygiene der Nerven fördern sollen.

Schelenz (458): Schon im Alten Testament und bei den alten Ägyptern und Griechen wird in Sagen und Gedichten der Musik ein beruhigender Einfluß auf Mensch und Tier zugeschrieben. Aus dem Mittelalter ist eine Anzahl von „Musikheilungen" mehr oder weniger verbürgt. *Shakespeare* schildert in zahlreichen Stellen seiner Dramen die vielseitige Wirkung der Musik: sie bezwingt die Elemente, beruhigt seelische und körperliche Schmerzen, sie ist die Sprache der Liebe. Die einförmige Melodie wirkt einschläfernd. Auch die harntreibende Wirkung des monotonen Plätscherns und Pfeifens ist dem Dichter bekannt.

Picqué (392), seit langen Jahren Operateur an der chirurgischen Abteilung der Irrenanstalt St. Anne, gibt in dem Buche einen Überblick über die wechselnden Anschauungen über den Zusammenhang zwischen der geistigen und körperlichen Erkrankung vom klassischen Altertum an bis auf die modernen Schriftsteller. Den Schluß bilden seine eigenen, mit zahlreichen Krankengeschichten belegten Erfahrungen. Es sind besonders Wahnideen melancholischer und hypochondrischer Art, die nach chirurgischen Eingriffen (Fisteloperation, Uterusauskratzung usw.) schwanden. Überall da, wo man annehmen konnte, daß von einem Herd aus entstandene Giftstoffe zur Auslösung von Delirien führten, hörten diese nach entsprechender Lokalbehandlung auf. Behandelt Verf. in diesem Bande die Bedeutung



der Chirurgie für die Psychiatrie, so will er in einem zweiten Bande das umgekehrte Verhältnis beleuchten. (*Ganter.*)

Die zweite Hälfte des zweiten Bandes des Handbuches der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität, herausgegeben von *Boruttau* und *Mann* (51) unter Mitwirkung zahlreicher Autoren des In- und Auslandes bringt eine eingehende Darstellung der gesamten Elektrotherapie. In klarer, erschöpfender Weise behandeln die einzelnen Autoren in 12 Kapiteln die allgemeine und spezielle Elektrotherapie und geben im Anschluß daran eine vorzügliche Übersicht über die Hilfsanwendungen der Elektrizität: Beleuchtung, Heizung, Elektromotoren, Elektrolyse, Kataphorese, Galvanokaustik und Phototherapie. Bei der speziellen Elektrotherapie der Nervenkrankheiten von *L. Mann* finden wir eine vollständige Darstellung aller bei Nervenkrankheiten gebräuchlichen, wissenschaftlich begründeten elektrotherapeutischen Methoden. Der noch wenig erforschten Elektrotherapie bei Psychosen wird kurz gedacht.

Angelo (10): An der Hand der deutschen Literatur werden die Bettbehandlung, die Hydrotherapie, die Isolierung kritisch durchgenommen. Verf. findet, daß unter gewissen Umständen auch die Isolierung von wohltätiger, beruhigender Wirkung ist. (*Ganter.*)

Vogt (512) macht kurz darauf aufmerksam, daß uns bei der Behandlung und Heilung psychisch bedingter Störungen, speziell der Psychoneurosen, weniger die Mittel der chemisch-physikalischen Medizin als vielmehr das Eindringen in den Ablauf geistiger Vorgänge vorwärts gebracht haben. Seine sehr beachtenswerten Ausführungen beschäftigen sich besonders mit dem Wesen der *Dubois*schen phototherapeutischen Methode. *Vogt* macht mit Recht darauf aufmerksam, daß *Dubois* die Bedeutung der intellektuellen Momente überschätzt, die Bedeutung des Gefühls unterschätzt. Eine strenge Trennung der suggestiven und rein logischen Belehrungsvorgänge ist nicht durchführbar. Die Psychotherapie hat immer die psychische Gesamtlage zu berücksichtigen und kann niemals die Beeinflussung des Gefühls entbehren, sie darf sich nicht auf einen Weg versteifen, wählt vielmehr ihre Mittel nach der Lage und psychischen Konstitution, „behält in ihrer Angriffsrichtung vor allem aber die Richtung als die entscheidende im Auge, die sich darstellt als die Erziehung der Gefühle".

Wiest (533) gibt in ihrem „Beschäftigungsbuch" vielfache Anregung zur Beschäftigung unserer Kranken mit einfachsten und komplizierteren Handarbeiten. Bei der Wichtigkeit zweckmäßiger Beschäftigung unserer Kranken wird sich das vom Verleger aufs beste ausgestattete Buch sicher viele Freunde erwerben.

Neu (366) skizziert die moderne Therapie und betont dabei den Wert entsprechend gebildeten Personals.

Meyer (343) schildert kurz verschiedene Formen von Schlafstörungen und bespricht deren Therapie. Vor allem fordert er Bekämpfung des Grundleidens und betont dabei die Wichtigkeit der „Hygiene des Schlafes". Bei der medikamentösen Behandlung weist er auf die Feststellungen *Bürgis* über Kombinationen von Narkotika und deren Bedeutung für die Praxis hin.

v. Nießl-Mayendorf (371) gibt einen guten Überblick über die Therapie



akuter und chronischer auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstandener Seelenstörungen sowie über die Behandlung der Paralyse.

Jung (242) gibt nach kurzer Schilderung der klimakterischen Beschwerden eine Übersicht über deren Therapie. Verf. ist nicht der Ansicht, daß die klimakterischen Beschwerden nur der Ausdruck einer psychoneurotischen Anlage sind; richtig sei, daß Neurasthenische meist unter den klimakterischen Beschwerden besonders stark zu leiden hätten.

Meyer (342) will den künstlichen Abort eigentlich nur bei den schweren Formen der Depression der Psychopathen in Betracht gezogen wissen und berichtet über einen solchen Fall aus seiner Beobachtung. Nach dem Abort schwand die Depression prompt. „Stets werden wir, ehe wir uns entschließen, seine Notwendigkeit anzuerkennen, uns nach genauer Beobachtung und Versuch der Behandlung davon überzeugen müssen, daß das Fortbestehen der Schwangerschaft die dringende Gefahr einer dauernden ernsten psychischen Störung mit sich bringen würde, die auf keine andere Weise zu beseitigen wäre und von der mit Bestimmtheit zu erwarten ist, daß sie durch die Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt bezw. für die Dauer wesentlich gebessert wird."

Haymann (195) beschäftigt sich in seinem im Auftrage der Ortskrankenkasse Konstanz gehaltenen Vortrag mit der Frage, wie behandeln wir Geisteskranke? Nach einigen einleitenden Worten über Geisteskrankheit und deren Therapie im allgemeinen schildert er kurz und anschaulich die heute in den Anstalten allgemein übliche Behandlung der Geisteskranken; er betont dabei die Notwendigkeit möglichst frühzeitiger Überführung in Anstaltsbehandlung, bekämpft die immer noch selbst in Ärztekreisen vorhandenen Vorurteile gegen die Irrenanstalten und illustriert deren Folgen an der Hand der Statistik.

Hartwich (191) hat 30 Fälle von verschiedenartigen, mit Anämie oder Chlorose einhergehenden Erkrankungen des Zentralnervensystems — Frühformen — mit Nukleogen (intraglutäal oder Tabletten oder Kombination von Spritzen und Tabletten) behandelt und damit Anämie und Chlorose gebessert, ebenso die hiermit verbundenen nervösen Syndrome. Ein Urteil über die Frage der Besserungsmöglichkeit von Psychosen durch solche Therapie erlauben *Hartwich*s Versuche noch nicht.

Brown and *Ross* (64): Zur Hervorrufung einer Leukozytose gaben die Verf. in 9 Fällen von Geisteskrankheit Nukleinsäure subkutan. In einigen Fällen besserte sich das körperliche Befinden, und die Erregung wurde geringer, in andern blieb der geistige Zustand unverändert. (*Ganter.*)

Eager (106) hat Schilddrüsenextrakt (3,5 g täglich) bei verschiedenen Geisteskranken in 41 Fällen (16 M., 25 Fr.) verfüttert. 14 = 34% wurden geheilt, 5 = 12,1 Prozent gebessert, 20 blieben unverändert. Unbeeinflußbar zeigten sich die chronischen Formen und die sekundäre Demenz, meist auch die Dem. praecox, dagegen war die Wirkung günstig beim Stupor und der Melancholie, besonders im Pubertätsalter. Die Besserung machte sich erst 4 bis 6 Wochen nach Aussetzen der Kur geltend. Während der Kur ist Bettruhe einzuhalten und Puls und Temperatur zu beobachten. (*Ganter.*)



Luther (310) gibt einen kurzen Überblick über die wichtigsten Behandlungsmethoden der in Frage stehenden Hauterkrankungen. Bei Furunkulose lobt Verf. Bepinselung auch der weiteren Umgebung mit 5- bis 10 prozentigem Salizylkollodium. Bei Behandlung sowie auch besonders zur Verhütung der in Frage kommenden Affektionen hat sich 3 proz. Borsäurelösung als Ersatz des Wassers bei Packungen bewährt.

Beckers (28) Sammelreferat gibt eine kurze Übersicht über die Literatur im Jahre 1911, Schlaf-, Beruhigungs- sowie mehr oder weniger spezifisch wirkende Mittel betreffend.

Brown (63): Verf. wandte Salvarsan an bei 1 Fall von Gehirnsyphilis, 5 Fällen von progressiver Paralyse, 5 Fällen von Dem. praecox, 2 Fällen von Wahnsinn, 2 Fällen von Paranoia, 1 Fall von Melancholie und 1 Fall von Manie. Bei Paralyse und Wahnsinn handelte es sich um voraufgegangene Syphilis. Bei dieser Gruppe folgte auf die Einspritzung eine ausgesprochenere Temperaturerhöhung und Vermehrung der Leukozyten. Fast in allen Fällen hob sich das körperliche Befinden, auch der geistige Zustand erfuhr mitunter eine Besserung, so besonders bei der Gehirnsyphilis, dem Wahnsinn, auch bei je einem Falle von Katatonie und Hebephrenie, bei der Manie ließ die Erregung nach. (*Ganter.*)

Fornaca (133) hat bei verschiedenen Geisteskranken mit Inkontinenz 5 bis 20 ccm physiologische Kochsalzlösung in den Rückenmarkskanal eingespritzt. Er konnte die von andern gerühmten Erfolge nicht bestätigen, auch nicht die Kranken dadurch zum regelmäßigen Wasserlassen erziehen. Nur da erfolgte Besserung oder Heilung, wo die Ursache des Nässens in der Blase oder Harnröhre selbst lag. Bei Injektion von über 10 ccm traten oft Schmerzen und Spasmen auf. (*Ganter.*)

Gregor (163) hat Versuche darüber angestellt, in welchem Maße Adalin, Bromural, Trional, Isopral, Neuronal, Medinal und Paraldehyd die psychischen Funktionen beeinflussen. Die Additionsleistungen seiner Versuchspersonen benutzt er als Index von psychischen Leistungen. Die interessanten Versuche zeigen, daß bei der Schlafmittelmedikation mannigfache Schädigungen des Individuums entstehen können. daß in der Verordnung dieser Mittel strenge Indikationen zu befolgen sind, daß in der Wahl der Quantität innerhalb bestimmter Grenzen geblieben werden muß und daß möglichst Mittel und Wege gesucht werden müssen, um an Stelle des künstlich erzeugten Schlafes wieder den natürlichen treten zu lassen. Paraldehyd schädigt die psychischen Funktionen am wenigsten; Dosen von 3 bis 5 g rufen keine ausgesprochene Schädigung hervor. In exakter, systematischer Weise hat der Autor ferner die Wirkung von Schlafmitteln auf Puls- und Blutdruck untersucht und dabei neben Schwankungen des Druckniveaus auch Änderungen der Pulsfrequenz beobachtet. Veronalmedikation bewirkte stets eine Herabsetzung des Blutdrucks. Unter fortgesetztem Gebrauch von Proponal, Neuronal, Isopral, Adalin trat meist eine Verminderung des Druckniveaus ein. Paraldehyd und Chloralhydrat beeinflußte nur die Hälfte der Fälle in diesem Sinne. Trional bewirkte bloß in einem von vier Fällen eine Verminderung des Blutdrucks. Verf. betont, daß selbst unter den von ihm angewendeten mittleren Dosen vielfach deutlich schädigende Einflüsse auf die Herztätigkeit (Arhythmien) zu beobachten waren.



Impens (218) berichtet über die chemische Zusammensetzung des Luminals und stellt auf Grund seiner Tierversuche fest, daß Luminal-Phenyläthylmalonylharnstoff ein Hypnotikum ist, welches Veronal-Diäthylmalonylharnstoff an Wirksamkeit übertrifft. „Mit Vorsicht angewandt, kann es in der Therapie vorzügliche Dienste leisten, auch in Fällen, wo andere Schlafmittel im Stiche lassen."

Emanuel (112) hat mit dem von den Elberfelder Farbenfabriken hergestellten Luminal nicht nur bei leichten und mittleren Graden von Unruhe und Schlaflosigkeit, sondern auch bei schwerer Schlaflosigkeit und allen Formen von Erregungszuständen gute Erfolge erzielt. Einzeldosen in letzteren Fällen 4 bis 6 g. Die sedative Wirkung hielt auch noch am nächsten Tage an. Schädliche Nebenwirkungen haben sich nicht bemerkbar gemacht.

Gregor (162) bezeichnet Luminal in der Dosis von 0,2 als ein relativ harmloses, allerdings nicht sicher wirkendes Hypnotikum. „Die als Schlafmittel viel stärkere Dosis 0,4 ist öfters von intensiven Nebenwirkungen begleitet, diese machen sich schon klinisch mitunter deutlich geltend, sind bei luziden und ruhigen Patienten viel häufiger als bei unruhigen warhnehmbar und können selbst bei nicht besonders empfindlichen Individuen erhebliche subjektive Beschwerden verursachen, im besonderen Falle auch bedenkliche Dimensionen annehmen. Bei Anwendung feinerer Methoden waren als Nebenwirkungen dieser Dosis mehr oder weniger starke Blutdrucksenkungen und Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit in allen untersuchten Fällen festzustellen. Nach den experimentell-psychologischen Versuchen ist die toxische Wirkung des Luminals 2 bis 2½ mal so groß wie die des Medinals.

Graeffner (160) faßt seine Erfahrungen über Luminal dahin zusammen: Luminal ist ein wertvolles Schlafmittel. Mit warmem Getränk genommen, bewirkt es meist schon nach einer halben Stunde festen Schlaf von vielstündiger Dauer. Der Schlaf der folgenden Nächte steht noch unter der erst allmählich abklingenden Wirkung des Mittels. In gleicher Weise wie per os wirkt Luminal auch in der Anwendungsform des Suppositoriums. Bedenkliche Nebenwirkungen durch Luminalgebrauch sind bisher nicht beobachtet worden. Mäßige Grade von Benommenheit, Schwindel und verlängerter Schläfrigkeit gingen spontan vorüber oder wichen harmlosen Analeptizis. Es empfiehlt sich, mit kleinen Dosen zu beginnen. Luminal ist ein ausgesprochenes Sedativum, kein Narkotikum.

Treiber (498) hat Luminal in einmaligen Gaben von 0,3 bis 0,75, in zwei- bis höchstens viermal am Tage in Dosen von je 0,3 g und in Kombination mit andern Schlafmitteln bei Geisteskranken angewandt und urteilt zusammenfassend: In Luminal haben wir ein sehr brauchbares Schlafmittel, das in kleinen Dosen bei leichten Erregungszuständen und hauptsächlich bei der nächtlichen Unruhe Altersdementer und Arteriosklerotiker zur Wirkung kommt, in höheren Dosen aber, allein oder in Verbindung mit Hyoszin und Morphium, auch schwerste Erregungen mit gutem Erfolg zu bekämpfen vermag. Wie bei allen Schlafmitteln gibt es auch bei Luminal Kranke, die nicht oder ungenügend auf das Mittel reagieren. Bedenkliche Nebenwirkungen besitzt Luminal nicht.

Dockhorn (98) glaubt, daß uns mit dem Luminal ein gut wirkendes Schlaf-

mittel gegeben ist, das innerhalb einer Stunde wirkt, seine Wirkung nicht über 6 bis 8 Stunden hinaus entfaltet und in kleinen Dosen absolut unschädlich ist.

Benedek (32) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß: Das Luminal ist ein gutes Sedativum und Hypnotikum, und als solches kann es in der ersten Gruppe die Brompräparate, in der letzteren — bei aufgeregten Geisteskranken — das Hyoszin gut ersetzen.

Wetzel (528) bezeichnet Luminal als unschädliches, nützliches Schlafmittel. „Für die psychiatrische Praxis erschließt die Möglichkeit, durch die subkutane Injektion von wirksamen Dosen in Wassermengen von 1,5 bis 2,0 ccm bei psychotischen Zuständen mit relativer motorischer Ruhe, Schlaflosigkeit und gleichzeitiger Verweigerung der Aufnahme des Schlafmittels per os den Kranken einen verhältnismäßig natürlichen Schlaf zu verschaffen."

Geißler (149) hat festgestellt, daß Luminal eine überaus sichere und prompt schlafmachende Wirkung besitzt, daß es keine Neben- und Folgeerscheinungen macht, daß es nahezu geschmackfrei ist und weder Magen noch Nieren reizt und je nach der Lage des Falles die Möglichkeit interner oder subkutaner Anwendung bietet; seine besondere Indikation findet es in der Psychiatrie zur Bekämpfung schwerer Erregungszustände.

Sioli (442) lobt Luminal auf Grund seiner Versuche ebenfalls und betont seine gute Wirkung besonders bei Schlaflosigkeit und Unruhe im Verlauf geistiger Erkrankungen des höheren Lebensalters und der Arteriosklerose. Zur Beruhigung und Einschläferung sehr erregter Geisteskranker empfiehlt er die subkutane Anwendung von 0,4 bis 0,6 Luminalnatrium in Verbindung mit 1 mg Skopolamin.

Schaefer (453) empfiehlt Luminal als Sedativum, Hypnotikum und zur Bekämpfung von organisch bedingten Schmerzen. „Es wirkt recht stark und übertrifft besonders bezüglich seiner Wirkung als Sedativum die meisten jetzt vorhandenen und gebräuchlichen Mittel." Nebenwirkungen bedenklicher Art fehlen. Für kontraindiziert hält Verf. Luminal bei chronischen, schweren Veränderungen der inneren Organe, ganz besonders des Herzens und der Gefäße.

Reiß (410) berichtet auf Grund seiner in der Bayreuther Anstalt angestellten Versuche, daß sich Luminal bei Fällen von Agrypnie auf verschiedener Basis gut bewährt hat. Gute Erfolge hat er auch bei epileptischen und paralytischen Erregungszuständen, bei langdauernden manischen und katatonischen Erregungen und depressiven Phasen sowie bei hysterischen Exaltationen gesehen. Als eigentliche Domäne des Luminals bezeichnet er das Gebiet der Erregungen. Verf. zieht Luminal dem Veronal vor, weil eine geringere Dosis eine größere Wirkung hervorruft. Luminal wirkt langsamer als Skopolamin, aber fast ebenso sicher und zeigt nicht die ungünstigen Neben- und Nachwirkungen. Gegeben wurde bis 0,7 Luminal; empfohlen wird 0,2 bis 0,3 g.

Raecke (402) hat festgestellt, daß Luminal in Dosen von 0,2 bis 0,4 ein angenehmes, harmloses, wirksames Mittel gegen Zustände einfacher Schlaflosigkeit ist. In höheren Dosen von 0,6 bis 0,8 beruhigt es, intern oder subkutan angewandt, selbst sehr erregte Kranke, auf viele Stunden hinaus. „Die Hoffnung, ein dem Skopolamin an Zuverlässigkeit und Promptheit der Wirkung ebenbürtiges Narkotikum



zu erhalten zur Bekämpfung von tobsüchtigen Erregungen hat sich freilich bis jetzt nicht ganz erfüllt."

Meyer (344) glaubt, daß das Luminal intensiver und nachhaltiger wirkt als irgendein anderes Hypnotikum, ohne irgendwie Nebenerscheinungen zu verursachen; es scheint ihm dazu berufen zu sein, in vielen Fällen das Hyoszin zu ersetzen. *M.* faßt das Resultat seiner Beobachtungen dahin zusammen: „Luminal ist ein stark wirkendes Hypnotikum und Sedativum. Als Dosis ist mit 0,15 (einer halben Tablette) bei einfacher Schlaflosigkeit, mit 0,45 (1½ Tabletten) bei Erregungszuständen zu beginnen. Bei subkutaner Anwendung des Natriumsalzes des Luminals ist nicht unter 0,4 zu geben."

Loewe (299) berichtet über seine klinischen Erfahrungen mit Luminal; es hat sich als Sedativum und Hypnotikum bei allen Formen der Erregung Geisteskranker sowie bei Erregung und Schlafstörungen von Degenerierten und Neurasthenikern bewährt. Bei Deliranten hat es die kupierende Wirkung hoher Veronaldosen bei wesentlich niedrigerer Dosierung erzielt. Schlaf von physiologischer Dauer wurde schon durch Dosen von 0,2 oder höchstens 0,4 erzielt; bei stark erregten Geisteskranken haben 0,6 bis 0,8 sicheren Erfolg gehabt, wenigstens anfänglich. Schädliche Nebenwirkungen sind nur bei längerer Darreichung beobachtet.

Lomer (306) hält das Luminal für ein Mittel, das andere Narkotika zu ersetzen und gelegentlich für sie einzutreten vermag, das jedoch in einer beträchtlichen Zahl von Fällen ebensowenig von schädlichen Nebenwirkungen frei ist wie die bisher gebräuchlichen Mittel.

Juliusburger (239) sieht im Luminal eine wirkliche Bereicherung unseres Arzneischatzes. Keine schädlichen Nebenwirkungen, sichere und brauchbare Wirkungen, sowohl im Hinblick auf eintretende Beruhigung wie mit Rücksicht auf den zu erzielenden Schlaf. Luminalnatrium (0,3 g) kann subkutan gegeben werden; es wird voraussichtlich Hyoszin aus seiner Vorherrschaft verdrängen.

Halbey (182) hat ausgedehnte Versuche mit Kombinationen von narkotischen Mitteln angestellt und mit der Kombination von Chloralhydrat (2 g) und Veronal (½ g) gute Wirkungen erzielt. Zur Bekämpfung chronischer Erregung wendet er mit Erfolg eine Methode an, die nicht nur die Kombination von narkotischen Mitteln, sondern auch die Darreichung in Teildosen in sich schließt, die die Kombination narkotischer Mittel in refracta dosi darstellt.

Rehm (405) gibt Veronal den Vorzug vor Medinal, weil es wesentlich billiger ist und mehr schlafbringende Diäthylbarbitursäure enthält. Er gibt Veronal früh am Abend und vermeidet so das sonst häufig auftretende unangenehme Gefühl der Benommenheit beim Erwachen. Veronal wird viel langsamer resorbiert als Medinal. Medinal wirkt schneller, Veronal nachhaltiger.

Baer (19) teilt mit, daß Veronazetin in geeigneter Dosis ein wirksames Hypnotikum und Sedativum ist, ohne schädliche und unangenehme Nebenwirkungen. Veronazetin besteht aus Natr. diaethylbarbituricum 0,3, Phenazetin 0,25 und Codeinum phosphor. 0,025. 200 Tabletten Veronazetin kosten 16 M.

Seige (430) stellt auf Grund ausgedehnter Versuche an der Jenenser Klinik fest, daß Neuronal ein gutes, unschädliches Sedativum und Hypnotikum ist, das



in leichten Fällen in Dosen von 0,5 bis 1,0, in schweren Fällen in Dosen von 2,0 bis 3,0 zweckmäßig gegeben wird. Er betont besonders seine spezifische Wirkung bei bedrohlichen epileptischen Zuständen (Dämmerzuständen und Status) in Kombination mit Amylenhydrat sowie seine hervorragend sedative Wirkung bei chronisch erregten Geisteskranken in refraktärer Dosis. In Kombination mit Antifebrin (1,0 + 0,25 bis 0,5 + 0,5) hat es häufig eine deutlich schmerzstillende Wirkung gezeigt.

Kürbitz (277) hat Aponal-Karbaminsäure-Ester des Amylenhydrats bei Manischen, Dementia praecox-Kranken und ängstlicher Verstimmung bei arteriosklerotischer Demenz in Dosen von 1 bis 2 g angewandt und gefunden, daß es nicht weniger leistet als z. B. Trional und andere Medikamente. Das Präparat ist wesentlich teurer als Sulfonal oder Trional.

Jach (220) empfiehlt Ureabromin, eine Bromkaliumharnstoffverbindung, besonders für die Privatpraxis und zieht es den andern Brommitteln vor, weil ihm die unvermeidlichen toxischen Wirkungen nur in geringem Grade anhaften. Verf. führt diesen günstigen Einfluß des Ureabromins auf seine diuretische Wirkung zurück. Auch bei längerem Gebrauch von täglich 4 bis 6 g auffallend geringe toxische Erscheinungen. Geschmack angenehm kühlend, etwas bitter.

v. Rad (398) empfiehlt „Adamon“ (aus den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer u. Co. in Elberfeld) als wirksames, unschädliches Sedativum bei Neurasthenie, Hysterie, leichten Angst- und Depressionszuständen in Dosen von 0,5 = 1 Tablette drei- bis viermal täglich.

Gutowitz (173) nennt Aleudrin (Karbaminsäureester des a-α-Dichlorisopropylalkohols) ein unschädliches, sehr wirksames Hypnotikum und Sedativum, ein wertvolles Schlaf- und Beruhigungsmittel; in einem Falle von Epilepsie wurde damit allerdings kein Erfolg erzielt.

Maas (312) hat festgestellt, daß Aleudrin in Dosen von 0,5 ausgesprochene Beruhigung und häufig deutliche Linderung bestehender Schmerzzustände bewirkt; 1,0 erzeugt mehrstündigen Schlaf. Nach dem Erwachen keine Benommenheit, sondern Gefühl der Frische und Erquickung. Verf. glaubt, daß wir im Aleudrin ein neues Einschläferungs- und Beruhigungsmittel haben, welches bei guter schlafmachender Wirkung die übrigen Organfunktionen möglichst wenig beeinflußt. Die chemischen, physikalischen und physiologischen Eigenschaften des Präparates schildert er ausführlich.

Hirschberg (205) hat besonders bei neurasthenischen Beschwerden gute Wirkungen von Aleudrin gesehen; er gibt 2 bis 3 Tabletten am Tage bezw. 1 bis 2 Tabletten vor dem Schlafengehen; er empfiehlt das Präparat als gutes Sedativum und Hypnotikum.

Flamm (127) hat Aleudrin bei Fällen von Dementia praecox, von Angstpsychose, seniler Demenz, Melancholie und manisch-depressivem Irresein angewandt; er hebt hervor, daß es bei schweren Depressionen und Angstzuständen, auch in refracta dosi verabreicht, günstige Wirkungen aufweist und nicht kumulativ wirkt. Auch zur Bekämpfung hochgradiger Erregungszustände ist es brauchbar, vorausgesetzt, daß es rechtzeitig und in der Dosis von 3 bis 4 Tabletten à 0,5 gegeben wird. Aleudrin kann ohne Schaden längere Zeit gegeben werden.



Topp (489) hat Aleudrin bei Nerven- und Geisteskranken angewandt und ist mit dem Mittel zufrieden; es hat sich ihm bei Neuralgien, bei Tabikern und lanzinierenden Schmerzen als Sedativum und Hypnotikum als brauchbar erwiesen, ebenso in refracta dosi (0,5 g drei- bis viermal täglich) als Sedativum bei manischen Erregungszuständen bei Delirium alcoholicum und bei Aufregungszuständen im Anschluß an Entziehungskuren. Aleudrin kommt in Tabletten à 0,5 g in den Handel, welche gut zerfallen und am besten in heißem Zuckerwasser, Tee und Zitronenwasser gegeben werden.

Fischer (125) nennt Adalin-Bromdiäthylazetylharnstoff ein ausgezeichnet wirkendes Mittel für leichte und mittlere Fälle von Schlaflosigkeit, er rühmt es auch als Sedativum. Selbst bei größeren Dosen, 2 bis 4 g, keine toxischen Erscheinungen.

Uhlmann (504) hält Adalin für das unschädlichste Sedativum, das selbst in submaximalen Dosen in den meisten Fällen dieselbe Wirkung auslöst, wie viele der bisherigen Sedativa in maximalen. Keine Nebenwirkungen. Keine Angewöhnung. Auch als Hypnotikum (1 bis 2 g) wirkt es gut. Adalin ist in Wasser nur wenig löslich und hat einen bitteren Geschmack.

Traugott (497) begrüßt das neue Hypnotikum und Sedativum Adalin als willkommene Bereicherung unseres Arzneischatzes und nennt es ein ziemlich sicher und dabei milde wirkendes Mittel, bei dem unerwünschte Neben- und Nachwirkungen ernsterer Natur bisher nicht beobachtet worden sind.

Zehbe (537) bezeichnet Narkophin = das mekonsaure Salz des Morphins und des Narkotins, als ein wenn auch etwas schwächer wirkendes, so doch durch das völlige Fehlen von Nebenwirkungen angenehmes und vielseitig verwendbares Ersatzmittel für Morphin. Als besonderen Vorzug hebt er seine beruhigende Wirkung hervor, der die gewöhnlichen Folgeerscheinungen der Narkotika, wie Kopfschmerzen, Benommenheit, Übelkeit, fast stets fehlten. Als Nachteil wurde der lang anhaltende bittere Nachgeschmack empfunden.

Stursberg (484) empfiehlt Kodeonal, eine Mischung von Natrium diaethylbar. und Codeïn. diaethylbarbituricum als brauchbares Schlafmittel. Das Codeïn. diaethylbarb. allein hat ihm besonders bei Bekämpfung nächtlichen Hustenreizes in Dosen von 0,05 als Einzelgabe gute Dienste geleistet.

Gaupp (146) hält Kodeonal speziell in solchen Fällen indiziert, wo Schlaflosigkeit als Folge von nicht zu heftigen Schmerzen oder Husten, Atemnot und dergleichen besteht. Es ist relativ frei von schädlichen Nebenwirkungen und besteht aus Codeïnum diaethylbarbituricum und Natr. diaethylbarbituricum 2 : 15.

Beyerhaus (36) kommt auf Grund seiner zahlreichen Beobachtungen zu dem Schluß, daß Kodeonal Schlaflosigkeit infolge von Hustenanfällen und körperlichen Schmerzen prompt beseitigt. Bei Schlaflosigkeit von schwer erregten Geisteskranken versagt es häufig. Bei Schlaflosigkeit im Gefolge von Psychosen leistet es Ausreichendes nur in leichteren Fällen, wirkt aber auch hier nicht mit der gleichen Zuverlässigkeit wie Trional, Chloral, Veronal.

Winternitz (535) empfiehlt Chineonal, eine Verbindung von Chinin und Veronal im Verhältnis von 2 : 1 als allgemein nervenberuhigendes sowie schmerz-

stillendes Mittel bei Neuralgien; es wird gut vertragen und mildert die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinins erheblich.

Topp (491—492) lobt „Leukrol" in Form von Tabletten und als Fluidextrakt als ausgezeichnetes Nerventonikum, es hat ihm bei der Behandlung nicht organischer Nerven- und Geisteskrankheiten gute Dienste getan; es ist unschädlich und billig Auch „Lezin" und „China-Lezin" hat Verf. mit Erfolg als Tonikum und Roborans angewandt.

Piazza (389): Pantopon erwies sich als unwirksam beim Alkoholismus, bei der Altersmelancholie, der Dem. praecox, wirksam bei Melancholie und dem manisch-depressiven Irresein. In einigen Fällen trat Verstopfung ein, die aber mit Einlauf und Cascara leicht zu beheben war. (*Ganter.*)

---

4. Idiotie, Imbezillität, Debilität, Psychopathie.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Abramowsky, E.*, Berichte über Schwachsinnigenfürsorge in Amerika und in England. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V. (S. 170*.)
2. *Beaussart*, Idées de persécutions, autoaccusations, préoccupations génitales, interprétations délirantes, fausses reconnaissances, symbolisme chez un débile à l'occasion de périodes d'excitation. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 5.
3. *Becker, W. H.*, Die Prognose der Imbezillität und Idiotie. Deutsche Ärzte-Ztg. VII. (S. 162*.)
4. *Bircher, E.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei Kretinoiden, Kretinen und endemisch Taubstummen. Frankf. Ztschr. f. Path. Bd. 11. (S. 168*.)
5. *Bircher, E.*, Neandertalmerkmale bei Kretinen? Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. IV. (S. 169*.)
6. *Blume*, Phantastik und Schwachsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69.
7. *Boulenger*, La collaboration intime du médecin et du pédagogue dans l'éducation des anormaux. L'enfance anormale no. 5.
8. *Brissot*, Un idiot microcéphale. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 4.

9. *Cuillé*, Un cas d'hydrocéphalie. L'enfance anormale. Nr. 7, p. 494.
10. *Dannenberger*, Die Mikrozephalenfamilie Becker in Bürgel. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 7. (S. 164*.)
11. *Demoor*, Die anormalen Kinder und ihre erziehliche Behandlung in Haus und Schule. II. Aufl. Altenburg, O. Bonde. (S. 162*.)
12. *Ducosté*, Le crétinisme. Revue de psych. 1911. (S. 167*.)
13. *Dupuy, R.*, Pour les enfants arriérés. L'enfance anormale. Nr. 8, p. 570.
14. *Dupuy*, Arriération infantile et opothérapies endocriniennes. Revue de méd. Nr. 4. (S. 169*.)
15. *Eastmann* und *Rosanoff*, Association in feeble-minded and delinquent children. Americ. Journ. of insan. vol. 69. (S. 163*.)
16. *Edson*, The education and training of feebleminded children in the public schools. New York Med. Journ. 7. Dezemb.
17. *Fillassier*, Malformation mammaire chez un débile. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. Nr. 5, p. 178.
18. *Finkbeiner*, Neandermerkmale bei Kretinen. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. (S. 168*.)
19. *Finkbeiner*, Nochmals die Kretinenfrage. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. (S. 168*.)
20. *Fortune*, The medical examination of backward children in schools. Journ. of ment. science vol. 58. (S. 163*.)
21. *Frantz-Adam*, Les inconvénients pouvant résulter du placement des enfants anormaux dans les asiles d'aliénés non pourvus d'une organisation spéciale. L'enfance anormale.
22. *Fuchs*, Schwachsinnige Kinder, ihre sittlich-religiöse, intellektuelle und wirtschaftliche Rettung. II. Aufl. Gütersloh, Bertelsmann. (S. 162*.)
23. *Fürstenheim*, Zur Lehre von der Wechselbeziehung zwischen körperlicher und geistiger Schwäche. Ztschr. f. Krüppelfürs. Bd. 5. (S. 170*.)
24. *Fürstenheim*, Die Seele des Krüppels. Ztschr. f. Krüppelfürs. Bd. 5. (S. 170*.)
25. *Gerhardt*, Die Schule der Alsterdorfer Anstalten. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 5.



26. *Glüh*, Über Mikrozephalie. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 164*.)

27. *Goddard*, Höhe und Gewichte schwachsinniger Kinder in amerikanischen Instituten. Eos. Jahrg. 8. (S. 163*.)

28. *Goddard*, The Kallikak Family. A study in the heredity of feeble mindedness. New York, Macmillan-Company. (S. 163*.)

29. *Goddard*, The heigth and weight of feeble-minded children in american institutions. Journ. of nerv. and ment. diseas. vol. 39. (S. 163*.)

30. *Graves*, Skaphoidscapula und ihre Begleiterscheinungen. Wien. klin. Wschr.

31. *Großmann*, Ausnahmekinder. Deutsche Ärzte-Ztg.

32. *Halberstadt*, Contribution à l'étude des délires systematisés des débiles. Revue de psych.

33. Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns (*Vogt* und *Weygandt*). H. 2. Jena, G. Fischer. (S. 161*.)

34. *Heine*, Ein Fall von Idiotie mit starker Adipositas. Ztschr. f. Psych. Bd. 69. (S. 169*.)

35. *Henneberg*, Bericht über die schulärztliche Tätigkeit in den Magdeburger Hilfsschulen. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. VI. (S. 170*.)

36. *Herhold*, Schwachsinn und ethische Degeneration. Deutsche med. Wschr.

37. *Herrmann*, Das moralische Fühlen und Begreifen bei Imbezillen und bei kriminellen Degenerierten. Halle, Marhold. (S. 169*.)

38. *Hewlett*, Infantilismus bei Erkrankungen der Hypophysis. Arch. of int. med. vol. 9. (S. 169*.)

39. *Hinrichs*, Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Schleswig-Holstein über die psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge im Burschenheim zu Rickling, im Frauenheim zu Innien und im Asyl Neuendeich. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69. (S. 171*.)

40. *Isserlin* und *Gudden*, Psychiatrische Jugendfürsorge. Referat. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 12. (S. 171*.)

41. *Jonckheere*, Les enfants anormaux. Annal. pédolog. III. fasc. 2, p. 28



42. *Kluge*, Schwachsinn (Idiotie, Imbezillität). Ztschr. f. Krüppelfürs. Bd. 6. (S. 163*.)

43. *Kluge*, Wie weit ist die praktische Mitarbeit der Psychiatrie bei der Fürsorgeerziehung gediehen? Zentralbl. f. Vormundschaftswesen usw. Jahrg. 4. (S. 171*.)

44. *Kowarski*, Sechs Fälle von Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. (S. 166*.)

45. *Kutschera von Aichbergen*, Gegen die Wasserätiologie des Kropfes und Kretinismus. Münch. med. Wschr. 1913. (S. 168*.)

46. *Kutschera von Aichbergen*, Die Tostenhuben in der Gemeinde Sirnitz in Kärnten. Wien. klin. Wschr. Nr. 48. (S. 168*.)

47. *Landsbergen*, Über Balkenmangel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 11. (S. 164*.)

48. *Landsbergen*, Die Beteiligung des Großhirns bei der Hérédoataxie cérébelleuse (P. Marie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 13. (S. 166*.)

49. *Laurent*, L'arriération mentale et la démence précoce. Amiens. Inprim. du Progrès de la Somme.

50. *Laurin*, Pour l'étude de l'enfant. L'enfance anormale.

51. *Loewy* und *Sommerfeld*, Untersuchungen an einem Falle von kindlichem Myxödem. Deutsche med. Wschr.

52. *Lourié*, Stoffwechselversuche und Therapie bei der mongoloiden Idiotie. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger Jahrg. 32.

53. *Lundborg*, Der Erbgang der progressiven Myoklonus-Epilepsie (Myoklonie-Epilepsie s. Unverrichts familiäre Myoklonie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 9. (S. 167*.)

54. *Mairet* et *Gaujoux*, L'invalidité intellectuelle et morale dans les écoles de Montpellier. Ann. méd.-psychol. Jahrg. 70.

55. *Mathes*, Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem. Berlin, S. Karger.

56. *Meier, E.*, Über einen Fall totaler Erweichung beider Großhirnhemisphären. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. (S. 165*.)

57. *Melissinos*, Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der Mikrogyrie. Arch. f. Psych. Bd. 49. (S. 165*.)

58. *Meltzer*, Königliche Landesanstalt für bildungsunfähige Kinder



zu Großhennersdorf in Sachsen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69.

59. *Miura*, Beitrag zur pathologischen Anatomie der zerebralen Diplegie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. (S. 165*.)

60. *Mönkemöller*, Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover über die psychiatrisch-neurologische Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge im Stephanstift (Hannover). Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 171*.)

61. *Neumann*, Die Bedeutung des Fazialisphänomens jenseits des Säuglingsalters. Deutsche med. Wschr. (S. 163*.)

62. *Pakuscher*, Über das Schicksal der Wasserköpfe. Inaug.-Diss. Berlin. (S. 164*.)

63. *Peritz*, Die Nervenkrankheiten des Kindesalters. Berlin, Fischers med. Buchhandlung. (S. 162*.)

64. *Pförringer*, Beitrag zu den seltneren Formen des Infantilismus. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V.

65. *Potts*, Situation actuelle des „faibles d'esprit“ en Angleterre. L'enfance anormale.

66. *Rach*, Zur Kenntnis der luetischen Leptomeningitis beim Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. (S. 167*.)

67. *Ramon y Cajal*, Estudio anatomo-pathologico de un caso de hidrocefalo congenito. Ann. de piquiatr. y neurol.

68. *Reche*, Über Schädeldeformation in Neu-Pommern. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V.

69. *Rehm, E.*, Über einen Fall von traumatischem Idiotismus. Inaug.-Diss. München.

70. *Rehm, O.*, Ernährungsversuche mit vegetarischer Kost bei geisteskranken (idiotischen) Kindern. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 163*.)

71. *Rehm*, Bedeutung der Syphilisätiologie bei idiotischen, schwachsinnigen und psychopathischen Kindern. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 167*.)



72. *Rossolimo*, Die psychologischen Profile. III. Typen von Profilen psychisch-minderwertiger Kinder. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh.

73. *Sanz*, Syndrome délirant et démentiel chez un enfant de 7 ans. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 5.

74. *Schittenhelm* und *Weichardt*, Der endemische Kropf mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens im Königreich Bayern. Berlin, Springer. (S. 168*.)

75. *Schnitzler*, Bericht an den Herrn Landeshauptmann der Provinz Pommern über das Ergebnis der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung und Behandlung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten Züllchow, Warsow und Magdalenenstift bei Stettin. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 12. (S. 171*.)

76. *Schob*, Zur pathologischen Anatomie der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 10. (S. 166*.)

77. *Schob*, Über die amaurotische Idiotie. Fortschritte d. Med. Jahrg. 30. (S. 166*.)

78. *Schott*, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Württemberg. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69. (S. 171*.)

79. *Shukowsky* und *Aisenberg*, Über Mongolismus bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. (S. 169*.)

80. *Stelzner*, Die psychiatrische Tätigkeit des Schularztes an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung der daselbst beobachteten Schwachsinnsformen. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 5. (S. 170*.)

81. *Stoecker*, Über Balkenmangel im menschlichen Gehirn. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 50. (S. 165*.)

82. *Sullivan*, Schwachsinn und die Messung der Intelligenz nach Binet. Lancet Nr. 4619.

83. *Szesi*, Beitrag zur Geschichte der moral insanity nebst prinzipiellen Bemerkungen über Moral und Intelligenz. Inaug.-Diss. Basel.

84. *Thomas*, Zur Einteilung der Myxödemformen. Deutsche med. Wschr. (S. 168*.)



85. *Turner*, Two cases of amaurotic idiocy or Tay-Sachs disease. Proceding of the Royal Soc. of Med. vol. 5. (S. 166*.)
86. *Unger*, Myxödem und Mongolismus eines Neugeborenen. Wien. med. Wschr. (S. 169*.)
87. *Vas*, Die weiteren Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse der mit Lues congenita behafteten Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. (S. 167*.)
88. *Vigoureux*, De la création et du fonctionnement à Montpellier de classes d'arriérés scolaires. L'enfance anormale. Nr. 5, p. 310.
89. *Volland*, Über zwei Fälle von zerebralem Angiom nebst Bemerkungen über Hirnangiome. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. VI. (S. 166*.)
90. *Wagner v. Jauregg*, Myxödem und Kretinismus. (Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von Aschaffenburg.) Wien, Deuticke. (S. 167*.)
91. *Weyert*, Untersuchungen an ehemaligen Fürsorgezöglingen im Festungsgefängnis. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69. (S. 171*.)
92. *Weygandt*, Hirnveränderungen bei jugendlich Abnormen. Vortrag, gehalten auf dem 8. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands in Lübeck vom 17. bis 20. April 1911. (S. 163*.)
93. *Ziegler*, Das Schwachsinnigenbildungs- und Fürsorgewesen der Rheinprovinz. Köln.

I. Allgemeines.

Von dem Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns (33) ist das zweite Heft erschienen, in dem vor allem die pädagogisch-unterrichtliche Unterweisung der Schwachsinnigen behandelt wird. An der Spitze steht ein Artikel von *Fischer* über das Blindenwesen, der uns einen Einblick in die Entwicklung und in den Stand der Blindenfürsorge sowie in das mühevolle Arbeitsfeld des Blindenlehrers gewährt. Aus der berufenen Feder von *Henze* stammt der Artikel über die Hilfsschule. *Henze* gibt eine umfassende Darstellung von dem Aufschwung, den das Hilfsschulwesen genommen hat, von der Ermittlung der schwachsinnigen Schüler, für die er weitgehende Mitarbeit des Arztes wünscht, wie er überhaupt die Tätigkeit des Hilfsschularztes hoch einschätzt, von der Organisation, von den Lehrmethoden, von der sozialen Bedeutung der Hilfsschule. Das ausführliche Verzeichnis der Literatur über das Hilfsschulwesen verdient noch besonders hervorgehoben zu werden. *Frenzel* gibt eine interessante Übersicht über Lehr- und Lernmittel für heilpädagogische



Schulen und Anstalten. Ein kurzer Artikel *Hellers* mit beachtlichen Vorschlägen befaßt sich mit den Minderbegabten an höheren Schulen. Das Buch sei auch Ärzten warm empfohlen.

Ein weiteres Werk über Hilfsschulpädagogik ist das in zweiter, völlig umgearbeiteter Auflage vorliegende Buch von *Fuchs* (22). Das Buch behandelt in drei Abschnitten die Geschichte des Hilfsschulwesens, das Hilfsschulkind, die Hilfsschulpädagogik. Verfasser entledigt sich seiner Aufgabe mit großer Gründlichkeit; die Schilderung einzelner Schwachsinnstypen bringt viele interessante Einzelheiten, erscheint mir aber etwas weitschweifig und ermüdend. Vom Standpunkt der Schwachsinnigenfürsorge aus interessiert besonders das erste, anregend geschriebene Kapitel.

Wesentlich dem pädagogischen Bedürfnis angepaßt ist auch das Buch von *Demoor* (11), das mit seiner ideenreichen Darstellung besondere Beachtung verdient. Der erste Abschnitt befaßt sich mit den Problemen der besonderen Erziehung, insbesondere ihren wissenschaftlichen Grundlagen; im zweiten Abschnitt werden Entwicklung und Geisteszustand des normalen und anormalen Kindes einander gegenübergestellt. Die geistig Zurückgebliebenen teilt er ein in solche, die nur in pädagogischer Hinsicht, und solche, die in medizinischer Hinsicht zurückgeblieben sind, die eigentlich Schwachsinnigen. Die beiden letzten Abschnitte sind der Behandlung der Zurückgebliebenen und der Methodik gewidmet. Große Bedeutung für die intellektuelle Entwicklung legt *D.* dem Turnunterricht bei, namentlich dem eurythmischen Turnen (Turnen nach Musikbegleitung). Die kurz charakterisierten Kindertypen sind sehr prägnant geschildert.

Wenn das Buch von *Peritz* (63) auch in erster Linie der Neurologie des Kindesalters gilt, so sei das Werk hier doch kurz referiert; ist doch gerade bei den verschiedensten Schwachsinnsformen eine Verknüpfung von neurologischen und psychotischen Symptomen so ganz besonders häufig vorhanden; ich brauche hier nur auf den Inhalt einiger Kapitel zu verweisen: infantile Zerebrallähmung, heredodegenerative Erkrankungen, Hydrozephalus, Erkrankungen des Zentralnervensystems infolge Funktionsstörung der Drüsen mit innerer Sekretion. Die Darstellung ist knapp und klar. Mit manchen Ansichten wird der Verfasser freilich nicht überall Anklang finden, so z. B. wenn er den Kretinismus als angeborene Affektion bezeichnet. Der Wert des Buches würde für den Spezialarzt durch Anfügen eines gründlichen Literaturberichts entschieden wesentlich steigen; dafür könnte der allgemeine Teil meinem Empfinden nach gut etwas gekürzt werden. Die Illustrationen lassen vielfach zu wünschen übrig.

Nach *Becker* (3) bieten unter allen Schwachsinnsformen die bei Kretinismus, Lues, Rhachitis die günstigsten Behandlungsaussichten; ungünstiger stehen Mongolismus, Hydrozephalie, Mikrozephalie; am schlechtesten ist die Prognose, wenn von früh an häufige epileptische Anfälle aufgetreten waren, namentlich bei hemiplegischen Formen. Häufig wird die Prognose beim Eintritt der Pubertät getrübt, wo nicht selten sekundäre Psychosen eintreten, die allerdings auch nach jahr-



zehntelangem Bestehen wieder abklingen können. Auch die Prognose der moralischen Idiotie ist nicht durchaus ungünstig.

Weygandt (92) grenzt in seinem Vortrag nach pathologisch-anatomischen und ätiologischen Gesichtspunkten 20 verschiedene Schwachsinnsformen ab.

Kluge (42) gibt an der Hand neuerer Literaturerscheinungen eine anregende Übersicht über verschiedene aktuelle Fragen aus dem Gebiet des Schwachsinns.

Auf Grund seiner Studien über Höhe und Gewicht schwachsinniger Kinder kommt *Goddard* zu folgenden Schlüssen (27): die Defektiven sind bei der Geburt schwerer als die Normalen; je tiefer der geistige Defekt ist, desto mehr bleiben Gewicht und Wachstum zurück; bei gewissen leichten Formen ist das Wachstum vor der Reife normal, um dann eher stillzustehen. Geschlechtsunterschiede sind immer weniger deutlich, je tiefer der Defekt ist.

Unter 12 000 Kindern fand *Fortune* (20) 112 geistig defekte; davon konnten 54 der Schule belassen werden, während 58 einer Spezialerziehung überwiesen werden mußten.

Eastmann und *Rosanoff* (15) halten nach ihren an 253 schwachsinnigen Kindern und Jugendlichen gemachten Assoziationsversuchen das Assoziationsexperiment für sehr wichtig in diagnostischer Hinsicht. Im Vergleich zu den Normalen ergaben sich folgende charakteristischen Befunde: 1. häufiges Ausbleiben einer Reaktion; 2. Neigung zu Wiederholung derselben Reaktion; 3. häufiges Auftreten von Reaktionen, die nur in allgemeiner Beziehung zum Reizwort stehen; 4. während bei Normalen jedem Reizwort eine Gruppe von bestimmten Reaktionsworten entspricht, zeigen die Schwachsinnigen große Neigung, individuell, d. h. nicht gesetzmäßig zu reagieren; 5. bei jüngeren normalen Kindern fehlt die Tendenz zu beziehungslosen Reaktionen.

Goddard (28) veröffentlicht folgende Familienuntersuchung: Ein gesunder junger Mann hat vor der Ehe mit einem schwachsinnigen Mädchen einen schwachsinnigen Sohn gezeugt, aus dessen Deszendenz (480 Mitglieder) 143 sicher schwachsinnig und nur 46 sicher normal waren, während der Rest zweifelhaft war. Diese Deszendenten heiraten wieder vielfach in degenerierte Familien; berücksichtigte er die angeheirateten Mitglieder mit (1146 inklusive der oben erwähnten 480), so ergaben sich 262 sicher Schwachsinnige, 197 sicher Normale. Der eingangs erwähnte Mann verheiratete sich später mit einem gesunden Mädchen; von den 496 ermittelten Deszendenten dieser Ehe zeigten nur 3 leichte degenerative Züge, viele waren geistig hochstehende Persönlichkeiten. *Goddard* weist an der Hand dieser Zahlen auf die Wichtigkeit der Schwachsinnigen- und Familienforschung hin.

Nach *Neumann* (61) kommt das Fazialisphänomen jenseits des Säuglingsalters nur bei neuropathischen Kindern vor und ist hier sehr häufig.

Rehm (70) hat in Dösen 18 Monate lang an geisteskranken (idiotischen) Kindern Ernährungsversuche mit vegetarischer Kost unternommen. Die vegetarische Kost hatte weder auf Größe noch Gewicht noch auch bei Epileptischen Einfluß auf die Zahl der Anfälle. Günstig erwies sich die vegetarische Ernährung insofern, als



sich die Reinhaltung der idiotischen Kinder infolge der besser geregelten Verdauung leichter durchführen ließ.

II. Einzelne Krankheitsformen.

Spezielle Pathologie und pathologische Anatomie.

Dannenberger (10) gibt teils auf Grund der Mitteilungen früherer Autoren, teils auf Grund eigener Untersuchungen eine zusammenfassende Beschreibung der bekannten Mikrozephalenfamilie Becker. Es kann hier nur auf die wesentlichsten Ergebnisse der gewissenhaften Studie hingewiesen werden. Darnach steht wohl fest, daß die Mutter Trägerin oder Überträgerin des krankmachenden Momentes gewesen ist. Wahrscheinlich ist, wie in anderen Fällen, so auch hier die Mikrozephalie im Anschluß an entzündliche Prozesse entstand, die sich um die Mitte des intrauterinen Lebens am Gehirn abgespielt haben. Die Veränderungen an der Pia und an der Schädelkapsel sind im Fall Franz B., wo neben Mikrozephalie gleichzeitig Hydrozephalus vorhanden war, auf die gleiche Krankheitsursache zu beziehen. Möglicherweise ist die Krankheit durch ein im Blute der Mutter kreisendes, gelöstes, vielleicht in der Heimat dieser Mikrozephalen steckendes Gift hervorgerufen worden. Mit Recht fordert *D.*, daß in jedem Falle von Mikrozephalie auch eine genaue histologische Untersuchung vorzunehmen ist. *Glüh* (26) veröffentlicht eine Abhandlung über Mikrozephalie unter besonderer Berücksichtigung der 22 Schädel, die für die Dresdener Hygieneausstellung zusammengebracht worden waren, und von 43 Fällen, die seit 1902 publiziert worden sind. Von diesen 65 Fällen hatten 16 ein Alter von 25—50 Jahren erreicht, 40 waren zur Zeit des Todes zum großen Teil jünger als 25 Jahre. Der geringste Schädelumfang betrug 30 cm bei der 23 jährigen Inderin Nana, bei der auch der geringste Schädelinhalt von 240 ccm nachgewiesen wurde. Auch nach den Befunden an den ausgestellten Schädeln erweist sich die *Virchow*sche Theorie als unhaltbar, denn bei allen Schädeln finden sich wenigstens einzelne nicht verknöcherte Nähte.

Nach *Pakuschers* (62) Untersuchungen ist die allgemeine Lebensprognose der Hydrozephalen ungünstig; ein großer Teil seiner Fälle starb in den ersten Lebensjahren. Von denen, die das schulpflichtige Alter erreichten, war nur ein Teil fähig, die Hilfsschule zu besuchen, der größere Teil blieb der menschlichen Gesellschaft verloren. Nur in einem Falle ließ sich eine gute körperliche und geistige Entwicklung nachweisen.

In dem Fall von Balkenmangel, den *Landsbergen* (47) mitteilt, hatten folgende klinische Symptome bestanden: Krämpfe seit dem 10. Lebensjahr, mangelhafte psychische Entwicklung, linksseitige Hemiplegie, Erscheinungen einer motorischen Aphasie und vorübergehenden sensorischen Aphasie, unrein ausgeprägte apraktische Störungen und Störungen des Muskelsinns in der linken Hand. Bei der Sektion fanden sich keine herdförmigen Zerstörungsprozesse; rechts bestand starker Hydrozephalus. Die genauere Untersuchung ergab Heterotopie des Balkens, deutliche Ausbildung des fronto-okzipitalen Bündels, schmächtige Anlage des Tapetum;



außerdem waren Symptome eines chronisch entzündlichen Prozesses vorhanden: chronischer Hydrozephalus, hochgradige Verdickung der Pia, hochgradige Ependymwucherung. *Stoecker* (81) hat die genauere Untersuchung des von *Klieneberger* schon in Bd. 67 dieser Zeitschrift erwähnten Falles von Balkenmangel bei juveniler Paralyse vorgenommen. Auch hier fand sich an Stelle des Balkens ein ausgedehntes Längsfasersystem, in der Hauptsache bestehend aus dem fronto-okzipitalen Bündel (Heterotopie des Balkens), das wie der eigentliche Balken die dorsomediale Begrenzung des Ventrikels und das Tapetum bildete und in seinem Verlauf wie der Balken Faserzüge in die Umgebung abgab. Die Fornixschenkel waren getrennt, das Septum pellucidum fehlte, der Gyrus fornicatus war sehr breit, die Commissura anterior deutlich vorhanden, außerdem fanden sich noch einige Anomalien im Verlauf einiger Furchen und Windungen.

Melissinos (57) schildert die Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchung eines Falles von Mikrogyrie, die besonders links neben starkem Hydrozephalus entwickelt war; daneben fanden sich auf der gleichen Seite Atrophie des Centrum semiovale, Fehlen des Nucleus caudatus, Agenesie der zugehörigen Pyramide und beiderseits Heterotopien. Den Grund für das Zustandekommen der Mikrogyrie sucht der Verfasser in einer Verringerung der weißen Substanz im Anschluß an atrophische Vorgänge in der Rinde. Infolge Atrophie der Nervenzellen verdünnt sich die weiße Substanz, namentlich die der Läppchen; infolge davon kommt es zu abnormer Faltung der grauen Substanz und „zur Bildung von Heterotopien durch Vereinigung der sich zueinander neigenden Spitzen der dünnen Arme der verbleibenden zwei mikrogyrischen Windungen mit der vermehrten Stria Baillarger“. Als wahrscheinliche Ursache nimmt *M.* Ernährungsstörung der Hirnsubstanz durch syphilitische Gefäßschädigung an.

Miura (59) beschreibt zwei Fälle von zerebraler Diplegie im Kindesalter; in beiden Fällen hatte typische *Little*sche Starre bestanden. Im ersten Falle zeigten die Hemisphären mikrogyrischen Windungsbau, leichte Vertiefungen an verschiedenen Stellen der Hirnrinde, mäßig starken Hydrozephalus; der zweite Fall wies nur geringe Abweichungen von der Norm auf, so leichte Einsenkung der vorderen oberen Zentralwindung, seichte rinnenartige Vertiefung in der Gegend der Okzipitallappen. Mikroskopisch fanden sich in beiden Fällen Störungen im Rindenaufbau; namentlich im ersten Fall lagen die Ganglienzellen vielfach durcheinander, waren die Tangentialfasern ganz unregelmäßig verteilt u. a. m. Im ersten Fall war die rechtsseitige Pyramidenbahn in Pons und Oblongata gegenüber der linksseitigen wesentlich verkleinert und aufgehellt, im zweiten waren beide Pyramiden normal. Da Reste von Entzündungsprozessen fehlten, nimmt Verfasser eine primäre Entwicklungsstörung an.

In dem Fall von *Meier* (56) handelt es sich um ein gesund geborenes, von gesunden Eltern stammendes Kind, das in der 9. Lebenswoche Symptome von akutem Hydrozephalus geboten hatte: Krämpfe, Extremitätensteifigkeit, Vorwölbung der Fontanelle. Der Tod erfolgte 5 Wochen später. Bei der Sektion fanden sich doppelseitige Erweichung des Marklagers, hochgradige Zerstörung der Rinde

mit Kalkeinlagerung; Stammganglien, Cerebellum, und Oblongata Medulla spinalis waren erhalten. Die Ätiologie blieb völlig unklar. Bei dem 10 jährigen Knaben, dessen Gehirn *Volland* (89) untersucht hat, hatten von Geburt an Hautteleangiektasien der linken oberen Gesichtshälfte bestanden; im zweiten Jahre waren Krämpfe hinzugetreten, außerdem waren rechtsseitige Hemiparese und hochgradiger Schwachsinn beobachtet worden. Die Autopsie ergab zahlreiche Gefäßneubildungen in der linksseitigen Pia, am stärksten am Okzipitallappen und Frontallappen und in der Gegend der *Sylvi*schen Grube. Daneben bestanden Atrophie der linken Großhirnhemisphäre, Sklerose des linken Ammonshorns, Atrophie der rechten Kleinhirnhemisphäre. Mikroskopisch wurden im Bereich der angiomatös veränderten Pialpartien nachgewiesen: starke Randgliose, degenerative Vorgänge an den Ganglienzellen, hochgradige Einlagerung von Kalkkonkrementen namentlich in der Rinde, Schwund des supra- und intraradiären Faserwerks.

Kowarski (44) teilt die im ganzen charakteristischen Krankengeschichten von 6 Fällen der amaurotischen Idiotie vom *Tay-Sachs*schen Typus mit. Sämtliche Fälle betrafen jüdische Kinder. *K.* befaßt sich vor allem mit der Frage, warum in Amerika und England die Krankheit bei Juden soviel häufiger beschrieben worden ist als in Polen und Rußland. Die Ansicht, daß die Juden in Amerika unter viel ungünstigeren Verhältnissen leben und daher mehr zu der Krankheit disponiert sein sollen, lehnt *K.* mit dem Hinweis darauf ab, daß die Juden im russischen Reich entschieden unter einem größeren Druck leben müssen als in Amerika. Er glaubt vielmehr, daß die doch immerhin seltene Krankheit in Rußland seltener in die Hände des kundigen Spezialisten gelangt und von praktischen Ärzten vielfach verkannt, namentlich mit Rhachitis verwechselt wird. Nach *K.* besteht ein wichtiges Symptom darin, daß Kinder mit amaurotischer Idiotie infolge mangelnden Gleichgewichtsgefühls beim leichtesten Stoß in sich zusammenfallen wie etwa sitzende Leichen (Leichenphänomen). Von den beiden Fällen von *Turner* (85) betraf der eine ein 14 jähriges Kind, der andere ein 5 jähriges nicht jüdisches Kind. Beide waren auf Syphilis verdächtig. Der pathologische Befund stimmte mit denen anderer Autoren überein. *Schob* (76) gibt Krankengeschichte und anatomischen Befund eines Falles, der dem Lebensalter (8 Jahr) nach mehr zur *Vogt-Spielmeyer*schen Form, dem mikroskopischen Befund nach mehr zur infantilen Form zuzurechnen ist. Der nichtjüdische Patient war nicht ganz blind; aus dem pathologisch-anatomischen Befund ist besonders hervorzuheben die Komplikation mit Pachymeningitis haemorrhagica und starker fibröser Leptomeningitis sowie der Nachweis ausgedehnter Schwellungsvorgänge an den Dendriten der *Purkinje*schen Zellen. An anderer Stelle gibt *Schob* (77) einen Überblick über das Krankheitsbild der amaurotischen Idiotie; er weist besonders darauf hin, daß in Fällen der juvenilen Form die Differentialdiagnose namentlich gegenüber Fällen von hereditärer Lues recht schwierig sein kann. Als Beleg veröffentlicht der Verfasser die ausführliche Krankengeschichte eines solchen differentialdiagnostisch unklaren Falles.

Landsbergen (48) weist darauf hin, daß die Mitbeteiligung des Großhirns bei der *Friedreich*schen Ataxie und der Hérédoataxie cérébelleuse (*Marie*) bisher noch



nicht genügend gewürdigt wird. Abgesehen davon, daß das Großhirn schon insofern beteiligt ist, als wahrscheinlich vielfach der Ausfall von Kleinhirnfunktionen durch das Großhirn kompensiert wird, müssen auch die Fälle berücksichtigt werden, wo ausgeprägte psychische Störungen oder Krampfanfälle beobachtet worden sind. *L.* teilt die Krankengeschichten von drei Schwestern mit, bei denen neben Erscheinungen der Heredoataxie Epilepsie und hochgradige, vielleicht progrediente Verblödung nachweisbar waren.

Im Anschluß hieran sei noch erwähnt, daß neuerdings *Lundborg* (53) behauptet, daß die progressive Myoklonusepilepsie eine erbliche Krankheit ist, die mit größter Wahrscheinlichkeit den *Mendel*schen Gesetzen folgt.

Bei der Bedeutung, die luetische Erkrankungen der Meningen im frühesten Kindesalter für die Entstehung von Idiotie haben können, sei die Arbeit von *Rach* (66) hier genannt. In seinem Fall war im 4. Lebensmonat eine Vergrößerung des Kopfes eingetreten, in der Lumbalflüssigkeit konnten bei Dunkelfeldbeleuchtung zahlreiche Spirochäten nachgewiesen werden. Bei der Obduktion fanden sich Hyperämie der Pia, starke Exsudatstreifen längs der Pialgefäße, stellenweise war die Pia gelbweiß verfärbt und völlig opak. Die mikroskopische Untersuchung ergab reichliches, großenteils aus Lymphozyten bestehendes Exsudat in den Leptomeningen und im Subarachnoidealraum, stellenweise Nekrose, kleine gummöse Knötchen, exsudative und nekrotische Prozesse in den Gefäßwandungen, sehr reichliche Spirochäten. *Rehm* (71) fand bei den 51 geisteskranken (idiotischen) Insassen des Dösener Kinderhauses in 6% positiven Wassermann im Blut, während anamnestisch Lues der Eltern in 8% der Fälle nachweisbar war. *Vas* (87) fand bei den hereditär-luetischen Kindern, deren Entwicklung er verfolgen konnte, die geistige Entwicklung meist befriedigend; auffallende geistige Defekte wurden nicht beobachtet, doch waren viele sehr nervös, unartig, furchtsam, litten an Kopfschmerzen; bei der objektiven Untersuchung erwies sich die Hälfte der Kinder als minderwertig im Sinne von *Hochsinger*. Auf die Literatur über juvenile Paralyse soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

Eine größere Reihe von Publikationen befaßt sich mit Myxödem, Kretinismus und verwandten Zuständen. Die Abhandlung von *Wagner v. Jauregg* (90) entwirft bei aller Kürze doch ein sehr klares, kritisches und vollständiges Bild von dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse dieser Krankheiten. Besonders wertvoll ist das Kapitel über den endemischen Kretinismus, da der Verfasser hier aus dem Schatz seiner eigenen reichen Erfahrungen schöpft. Die Hereditätstheorie wird im ganzen abgelehnt; mehr neigt der Verfasser zur Wassertheorie, wenngleich er die verschiedenen Gegengründe voll würdigt. Den vollgültigen Beweis dafür, daß alle Symptome des Kretinismus, namentlich die höheren Schwachsinnsgrade, lediglich auf den Ausfall der Schilddrüsenfunktion zurückzuführen sind, hält Verfasser noch nicht für erbracht. Interessant sind die Mitteilungen über bisherige therapeutische Erfolge bei Kretinismus. Bei der Besprechung des infantilen Myxödems äußert Verfasser Zweifel, daß es gelingen werde, die angeborene Aplasie von den erworbenen Formen abzutrennen. Die Arbeit von *Ducosté* (12) bildet infolge der ausgedehnten



Berücksichtigung der französischen Literatur ein wertvolles Gegenstück zu *Wagners* Arbeit. In sehr anziehender, klar disponierter Darstellung behandelt Verfasser zunächst die Geschichte des Kretinismus, dann die Symptomatologie der Erkrankung; *Ducosté* hebt dabei hervor, daß die ersten Symptome recht häufig im Anschluß an fieberhafte, akute Erkrankungen sich entwickeln. Er lehnt die Hereditätstheorie ebenfalls ab, weist aber darauf hin, daß die Nachkommen von Kropfkranken und Kretinen eine erhöhte Disposition zu Neurosen und Psychosen zeigen. Ausführlich werden die verschiedenen Trinkwassertheorien besprochen, so die Theorien von *Dor*, *Repin*, die leider hier nicht näher skizziert werden können. Mit allem kritischen Vorbehalt teilt Verfasser eine eigene Beobachtung mit: er fand Kropf vor allem dort, wo es Nußbäume gibt, nach Abholzen der Bäume schwand der Kropf in mehreren Fällen; er schließt daraus, daß möglicherweise ein Parasit des Nußbaums in das Wasser eindringt und Kropferzeuger wird. *Thomas* (84) weist darauf hin, daß es neben den totalen Aplasien der Schilddrüse auch Hypoplasien gibt; in diesen Fällen ist das vorhandene Schilddrüsengewebe dystopisch, meist eingeschlossen in Tumoren des Zungengrundes. *Thomas* unterscheidet deshalb bei der Gruppe des kongenitalen Myxödems totale Thyreoaplasie und (dystopische) Hypoplasie. Die Fälle von totaler Aplasie überschreiten nie das Pubertätsalter; bei älteren Patienten handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um angeborene dystopische Hypoplasien. *Schittenhelm* und *Weichardt* (74) haben mit Unterstützung der Regierung in Bayern Untersuchungen über den endemischen Kropf ausgeführt. Nach den Ergebnissen ihrer Untersuchungen stimmt die von *H. Bircher* aufgestellte Theorie nicht ganz; in Bayern kommt Kropf auch auf Bodenformationen vor, die nach *Bircher* frei sein müßten. Die Verfasser neigen am meisten der Infektionstheorie zu. *E. Bircher* (4) hat ein großes Material von Schilddrüsen von Kretinen, Kretinoiden und endemisch Taubstummen untersucht: niemals fehlte die Schilddrüse völlig, fast immer bestand Struma; neben degenerierten Partien waren immer normal aussehende vorhanden. Nach den Untersuchungen von *Kutschera von Aichbergen* (45) ist die Wassertheorie falsch; Kropf- und Kretinismusepidemien kommen nur in Wohnungsgemeinschaften, nie aber in Wassergemeinschaften vor; das spricht entschieden mehr für Kontakt- als für Wasserinfektion. Die Kropfquellen halten Nachprüfungen nicht stand; auch die bisher gemachten Tierexperimente sprechen nicht für die Wassertheorie. Wahrscheinlich wird die Krankheit durch einen Zwischenwirt übertragen. Gegen die Wasserätiologie sprechen auch die Ergebnisse der Untersuchungen, die *Kutschera* (46) in der Gemeinde Sirnitz i. Kärnten angestellt hat. Dort waren die sogenannten Tostenhuben von einem früheren Untersucher als hochgradig verseucht beschrieben worden. Nachdem die eine Hube abgebrannt und wieder aufgebaut worden war, eine andere lange Zeit leergestanden hatte und erst nach gründlichen Wiederherstellungsarbeiten wieder als Wohnung diente, waren diese beiden Huben völlig freigeblieben, trotzdem die Wasserversorgung sich gar nicht geändert hatte. Eine ganz eigenartige Theorie über die Bedeutung der Kretinen stellt *Finkbeiner* (18, 19) auf. Nach *F.* entsprechen die Kropfgebiete in ganz auffälliger Weise den Fundstätten von Resten der Neandertalrasse, und



gewisse Verkrümmungen und Abnormitäten des Extremitätenskeletts stimmen auffällig mit gleichartigen Verhältnissen der Neandertalrasse überein. Er sieht also in diesen Veränderungen uralte Rasseeigentümlichkeiten. Eine scharfe Zurückweisung erfährt diese Theorie durch *E. Bircher* (5).

In dem Falle von *Unger* (86) bestanden ausgeprägte Symptome von Mongolismus und Myxödem nebeneinander; auch in dem Falle von *Shukowsky* und *Aisenberg* (79) waren neben den typischen Erscheinungen des Mongolismus einige Symptome vorhanden, die für Myxödem sprachen: Mangel der Schilddrüse, schleimiges Hautödem, gute Wirkung des Thyreoidins. Die Arbeit enthält auch einige Angaben über die Häufigkeit des Mongolismus, die im Hinblick auf *Kellners* Behauptung, daß der Mongolismus in Deutschland jetzt in Zunahme begriffen sei, einiges Interesse verdienen: nach *Kowalewski* beträgt der Anteil der Mongolen an der Gesamtzahl der Insassen russischer Idiotenanstalten bis 18%, in Gegenden mit vorwiegend tartarischer Bevölkerung sogar 25%, in England 4—5%, nach *Comby* in Paris 5%, in Deutschland 1%; nach *Jeffreys Wood* ist Mongolismus in Melbourne recht häufig.

Dupuy (14) unterscheidet bei Kindern zwei Gruppen körperlichen und geistigen Zurückgebliebenseins: erstens die retardés, d. h. von Geburt an rückständige, zweitens arrêtés, d. h. infolge einer Schädigung auf einer beliebigen Entwicklungsstufe stehen gebliebene Kinder. Grundlage dieser Zustände sind wahrscheinlich pluriglanduläre Störungen (Schilddrüse, Hypophyse, Nebennieren usw.), denn man findet bei solchen Kindern häufig hierhergehörige Symptome (Myxödem, Adipositas usw.). Verfasser hat mit lange Zeit fortgesetzten polyopotherapeutischen Versuchen angeblich gute Erfolge erzielt. *Hewlett* (38) beschreibt drei Fälle von Infantilismus bei Hypophysenerkrankungen. *Heine* (34) teilt einen Fall von starker Adipositas bei hochgradiger Idiotie mit: im Alter von 6 Jahren betrug das Gewicht 28 kg bei einer Länge von 1,19 m, im 16. Jahre 75,5 kg, mit 28 Jahren 152 kg; der Patient zeigte eine große Freßsucht, die Schilddrüse war nicht fühlbar, die Genitalien waren nicht besonders zurückgeblieben.

Auf Grund seiner gründlichen Untersuchungen an Imbezillen und kriminellen Degenerierten kommt *Herrmann* (37) zu dem Schluß, daß die moralische Begriffsentwicklung und Gefühlsveranlagung hier ziemlich gut sein kann; ihre Entwicklung geht durchaus nicht parallel der übrigen Vorstellungsentwicklung. Der Einfluß des Schwachsinns wird aber bei defekter Gefühlsbetonung von Bedeutung, wenn das Spiel der Affekte und Motive erhöhte Anforderungen stellt. Die eigentliche Ursache der kriminellen Haltlosigkeit und Impulsivität ist nicht in intellektuellen Anlagemängeln, sondern in einer großen Zahl von psychologischen Mißverhältnissen zu sehen, die sich alle als degenerative Disharmonien der Gefühlsregelung darstellten; ihnen gegenüber spielt der Intellekt eine sekundäre Rolle. In dem Habitualzustand, der Degenerierte, Imbezille und alltägliche Verbrecher zum Verbrechen treibt, ist keine krankhafte Störung der Geistestätigkeit zu erblicken, sondern eine besondere Persönlichkeitsvariante. — Sollte nach dem neuen Strafgesetz die Errichtung von Zwischenanstalten nötig werden, so müßte der Staat — nicht die Provinzen —

diese Aufgabe übernehmen. Die Abhandlung ist anregend und flott geschrieben.

Nach *Fürstenheim* (24) zeigen Krüppel nicht selten Beeinträchtigungsgefühle, Eitelkeit, Scheelsucht; aus ihrer Vereinsamung kann aber auch eine sehr große Vertiefung des Seelenlebens resultieren. In vielen Fällen bildet aber auch eine Abweichung im Gehirnbau die Brücke zwischen körperlicher Krüppelhaftigkeit und geistiger Abnormität, so beim Infantilismus. Um den Erfolg erziehlicher Bemühungen voraussagen zu können, müssen vergleichbare Seelenbilder der Krüppel gewonnen werden. Verfasser schildert noch die Methode, die er dazu anwendet. In einer anderen Studie beschäftigt sich *Fürstenheim* (23) mit der Wechselwirkung zwischen körperlicher und geistiger Schwäche im Kindesalter. Bei allen dem Einfluß des Willens nicht völlig entzogenen orthopädischen Erkrankungen ist nach seinen Erfahrungen auf Hysterie zu fahnden; durch ärztlich-erzieherische Behandlung ist das gebrechliche Kind zur beständigen Mitarbeit an der Bekämpfung seines Leidens heranzuziehen.

III. Prophylaxe. Schwachsinnigenfürsorge. Fürsorgeerziehung.

Eleonore Abramowsky (1) macht weitere Mitteilungen über Schwachsinnigenfürsorge in Amerika und England. Um die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit zu erwecken, hat die Public Education Association durch *D. A. Moore* einen Bericht über die Schwachsinnigen in New York veröffentlichen lassen. Hier wird gezeigt, wie die Schwachsinnigen gefährdet sind, wie sie aber auch eine ständige Gefahr und Belastung (z. B. durch die zahlreiche minderwertige, großenteils uneheliche Nachkommenschaft) für die Gesellschaft bilden. Der Bericht verlangt schließlich Vermehrung der Anstalten, bessere Überwachung und Erziehung der Schwachsinnigen, Anstalten für den Mittelstand, erleichterte Einweisung in Anstalten. Durch Absonderung soll die Fortpflanzungsmöglichkeit beschränkt werden, dadurch würden die hohen Internierungskosten sich bald bezahlt machen. Die englische Kommission hat in England und Wales 149 628 Schwachsinnige, 0,46% der Bevölkerung, gezählt. Der Bericht bietet auch sonst noch viele lesenswerte Einzelheiten.

Nach *Henneberg* (35) beträgt in Magdeburg, wo seit 1911 ein besonderer Schularzt tätig ist, der Prozentsatz der Hilfsschüler 1,3% der Gesamtzahl der Schulkinder. Die Zahl der Knaben war beträchtlich größer als die der Mädchen. Die Untersuchungen bestätigen im übrigen wieder die Tatsache, daß die Hilfsschüler aus elenden Verhältnissen stammen, vielfach schwer belastet sind, eine erhöhte Morbidität und häufig allerhand Degenerationszeichen aufweisen. Interessante Mitteilungen macht *Helenefriederike Stelzner* (80) über psychiatrische schulärztliche Tätigkeit in höheren Mädchenschulen. Diese erstreckt sich zunächst auf die Lernanfänger, wo es namentlich galt, die Schulreife in psychischer Hinsicht festzustellen. Von 859 Lernanfängern waren 20 nur schulunreif und kamen später gut mit fort. Verfasser rät dringend, in solchen Fällen mit der Einschulung noch



½—1 Jahr zu warten —, 11 litten an psychopathischer Konstitution, 52 an Schwachsinn, namentlich an Debilität. In den späteren Jahren erfordern namentlich Hysterie, phantastische Lügereien, Epilepsie und zu Beginn der Pubertät frühzeitige sexuelle Begehrungen psychiatrische Hilfe.

Mönkemöller (60) hat in der Provinz Hannover, *Schnitzler* (75) in der Provinz Pommern, *Hinrichs* (39) in der Provinz Schleswig-Holstein Untersuchungen an Fürsorgezöglingen ausgeführt. Die Ergebnisse stimmen im ganzen mit denen bei früheren Untersuchungen überein.

Weyert (91) hat im Militärgefängnis 29 ehemalige Fürsorgezöglinge näher untersucht; sie waren sämtlich erst nach dem 12., ein Drittel sogar erst nach dem 16. Jahr in Fürsorgeerziehung gekommen. 24 waren zum Teil mehrfach vorbestraft. 11 waren als unsichere Heerespflichtige eingestellt worden; unter den militärischen Straftaten stand unerlaubte Entfernung von der Truppe (16 Fälle) obenan. Bei einem Fall wurde Dementia praecox, bei fünf ausgesprochener Schwachsinn konstatiert, in den übrigen Fällen lagen Psychopathie und leichte Schwachsinnsformen vor. *Weyert* wünscht, daß bei der Einstellung von Fürsorgezöglingen möglichst genaue Beurteilungen über ihr Verhalten mit eingereicht werden.

Schott (78) fordert für Württemberg größere Mitarbeit der Psychiater am Fürsorgeerziehungswerk; für Bayern stellen *Isserlin* und *Gudden* (40) in einem vorzüglichen Referat die gleiche Forderung auf.

Kluge (43) berichtet kurz über die Ergebnisse einer im Auftrag des Fürsorgeerziehungstages angestellten Umfrage bei preußischen Behörden, wieweit die Mitarbeit der Psychiater am Fürsorgeerziehungswerk bis März 1912 gediehen war. Gleich bei Einleitung läßt nur *Nassau* einen größeren Prozentsatz der Zöglinge (60%) untersuchen; in den übrigen Provinzen ist dieser Prozentsatz ganz wesentlich geringer. *Kluge* selbst bezweifelt, daß diese Anfangsuntersuchungen maßgebende Resultate ergeben. In weit größerem Umfang dagegen werden allenthalben psychiatrische Untersuchungen an bereits untergebrachten Zöglingen vorgenommen; die Zahl der Abnormen wird etwa mit knapp 50% anzusetzen sein. Anstaltsbeobachtungen wurden namentlich in Potsdam, Göttingen, Rastenburg, Frankfurt a. M. durchgeführt; Hessen-Nassau gedenkt ein besonderes Aufnahmeheim zu errichten. *Kluge* wünscht für alle Provinzen psychiatrische Beratungsstellen, die bei einschlägigen Fragen und Ermittlungen helfen sollen. Schwachsinnige Zöglinge werden meist an Schwachsinnigenanstalten überwiesen; für Psychopathen ist teilweise durch Sonderabteilungen oder Sonderanstalten gesorgt, *Kluge* wünscht Anschluß dieser Sonderanstalten, die etwa 5%—8% der Zöglinge aufzunehmen haben werden, an Schwachsinnigen-, Epileptikeranstalten unter psychiatrischer Leitung. Im ganzen hat *Kluge* den Eindruck gewonnen, daß die Psychiater jetzt doch in steigendem Maße zur Fürsorgeerziehungsarbeit herangezogen werden.



5. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Allers, Rudolf* (München), Ergebnisse stoffwechsel-pathologischer Untersuchungen bei Psychosen. II. Der Stoffwechsel bei Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate und Ergebnisse. Bd. 6, S. 1. (S. 194*.)
2. *Antheaume, A.* (Charenton), et *Trepsat, L.*, Délire d'imagination et psychose périodique. L'Encéphale 7, p. 161.
3. *Archambault, P.*, et *Guirand, P.*, Modifications de l'écriture au cours de la démence précoce paranoide. L'Encéphale 7, p. 452.
4. *Aschaffenburg, G.* (Köln), Degenerationspsychosen und Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 6, S. 83. (S. 200*.)
5. *Auer, Max* (Kiel), Zur Statistik und Symptomatologie der bei Marine-Angehörigen vorkommenden psychischen Störungen, insbesondere über Katatonie, pathologischen Rausch, Imbezillität und deren Beurteilung. Arch. f. Psych. Bd. 49, S. 265.
6. *Bakody, A.*, Über die prognostische Bedeutung der katatonischen Symptome bei Amentia. Gyógyaszat 52, S. 184.
7. *Ball, Jan Don* (Oakland, California), The relation of gastro-intestinal toxemia to circulatory hypertension in the manic-depressive forms of insanity. The american journal of insanity vol. 68, p. 660. (S. 192*.)
8. *Ballet, G.*, et *Gallais*, État confusionnal simulant de démence précoce. Signe d'Argyll-Robertson. Rémission unilatérale du signe d'Argyll. Guérison des troubles mentaux. Sitzungsbericht. L'Encéphale 7, p. 171.
9. *Banse, H.* (Lauenburg i. P.), Zur Klinik der Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, Bd. 11, S. 91. (S. 193*.)
10. *Barasch, Hans* (Dresden), Zur Symptomatologie der chronischen Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.
11. *Barbé* (Bicêtre), Démence précoce ou psychose périodique. L'Encéphale no. 5.
12. *Barham, G. F.* (Long Grove Asylum), Insanity and Myxoedema. The journ. of ment. science vol. 58, p. 226.



13. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Prognose der Paranoia. Reichs-Medizinal-Anzeiger Nr. 23.

14. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Die Prognose der Melancholie. Berl. klin. Wschr. Nr. 40. (S. 193*.)

15. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Ist die Dementia praecox heilbar? Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. (Robert Sommer) Bd. 7, S. 377. (S. 194*.)

16. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Therapie der Geisteskrankheiten. 112 S. Leipzig, Verlag Beno Konegen, 1911.

17. *Benon, Raoul* (Nantes), Neurasthénie traumatique suivie de Manie. Communication au XXII congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Tunis, avril 1912.

18. *Benon, Raoul* (Nantes), et *Bonvallet, P.*, Ictus, Épilepsie Jacksonnienne et Asthéno-Manie. Ann. méd.-psychol. année 70, février, p. 149.

19. *Benon, Raoul*, et *Froger* (Nantes), Du délire chez les enfants. Nouv. iconogr. de la Salpêtrière no. 4.

20. *Berghahn, Wilhelm*, Melancholia senilis. Inaug.-Diss. Kiel.

21. *Beyreis, Otto*, Katatonie in Schüben. Inaug.-Diss. Kiel.

22. *Bjerre, Paul* (Stockholm), Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia. Jahrbücher für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, herausgegeben von *Bleuler* und *Freud*. Bd. 3, II. Hälfte, S. 795.

23. *Blair, David* (Lancaster), Forced feeding, with special reference to a case continuously fed by the nasal tube for over nine years. The journ. of ment. science vol. 58, p. 252.

24. *Bleuler, E.* (Zürich), Antwort auf die Bemerkung *Jung*s zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Jahrbücher für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen Bd. 3, S. 475.

25. *Bleuler, E.* (Zürich), Geisteskrankheit ohne forensische Konsequenzen und einige andere Grenzfälle. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. Jahrg. 1912, S. 11.

26. *Blondel, M.*, Délire systématisé de transformation et de négation d'organes chez une intermittente. Sitzungsbericht. L'Encéphale 7, p. 74.

27. *Bochat, Wilhelm*, Über Psychosen im Verlauf von Typhus ab-

dominalis und Erythema multiforme exsudativum. Inaug.-Diss. Kiel.

28. *Bond, E. D.*, and *Abbot, E. St.* (Waverley), A comparison of personal characteristics in dementia praecox and manic-depressive psychosis. Americ. journ. of insan. vol. 38, p. 359. (S. 201*.)

29. *Bonhoeffer, Karl* (Breslau), Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie und der endogenen Depression. Berl. klin. Wschr. Nr. 1.

30. *Bonhoeffer, Karl* (Berlin), Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. (Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von *G. Aschaffenburg.*) Franz Deuticke, Leipzig und Berlin. 118 S.

31. *Bornstein, Maurycy* (Warschau), Zur Frage der kombinierten Psychosen und der pathologischen Anatomie der *Landry*schen Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, Bd. 13, S. 1. (S. 201*.)

32. *Bossi, L. M.* (Genua), Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. 137 S. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin.

33. *Bossi, L. M.* (Genua), Meine Ansichten über die reflektorischen Psychopathien und die Notwendigkeit der Verbesserung des Irrenwesens. Wien. klin. Wschr. Nr. 47.

34. *Bossi, L. M.* (Genua), Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmords und die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord des Weibes. Zentralbl. f. Gynäkologie 1911.

35. *Boyd, W. A.*, A contribution to the study of folie à deux with report of a case. Med. Record 13. July.

36. *Brennecke, Johannes*, Zur Symptomatologie und Diagnose der Amentia. Inaug.-Diss. Kiel.

37. *Bresler, Jos.* (Lüben), Der Zwiesinn. 54 S. Halle a. S., Verlag von Karl Marhold. (S. 194*.)

38. *Bresler, Jos.* (Lüben), Der Zwiesinn. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 14, S. 21 u. 33.

39. *Bresowsky, M.* (Dorpat), Die protrahierten Affektschwankungen und eknoische Zustände. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, Ergänzungsheft, S. 239. (S. 201*.)



40. *Buder, Theodor* (Winnenthal), Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, S. 482.

41. *Bumke, O.* (Freiburg i. Br.), Zur Frage der funktionellen Psychosen. Fortschritte d. naturwissenschaftl. Forsch. Bd. 6.

42. *Bumke, O.* (Freiburg i. Br.), Plethysmographische Untersuchungen an Dementia-praecox-Kranken. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte, Straßburg 1912.

43. *Burr, Charles W.* (Pennsylvania), The biography of a patient with paranoid dementia praecox. Americ. journ. of insan. vol. 69, p. 109.

44. *Capgras, M.*, et *Crinon* (Neuilly sur Marne), Guérison apparente d'une démente précoce. Revue de psych. Nr. 5, p. 187.

45. *Capgras, M.*, et *Terrien* (Neuilly sur Marne), Délire d'imagination symptomatique. Ann. méd.-psychol. année 70, avril, p. 407.

46. *Capgras, M.* (Neuilly sur Marne), Saynète et poésie de démente précoce. L'Encéphale 1, p. 34.

47. *Carstensen Th.*, Beitrag zur Klinik der senilen Seelenstörungen. Inaug.-Diss. Göttingen.

48. *Chavigny*, Complications nerveuses et mentales du palydisme. 26 p. Paris, Masson et Cie.

49. *Coles, W. C.*, Recoveries in Dementia praecox. Westborrough State Hospital Papers, I, p. 77.

50. *Colin, H.* (Villejuif), L'évolution de la hébéphrénie. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 264.

51. *Conradie Louis*, Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung der Paranoia chronica. (Politischer Verfolgungswahn.) Inaug.-Diss. Kiel.

52. *Cornell, William Burgess*, Zyanose bei Dementia praecox. Journal of americ. assoc. 21. Dezember.

53. *Courbon, Paul* (Amiens), Asthénomanie et psychose maniaque-dépressive. Revue de psych. Juillet.

54. *Cygielstrejch, Adam*, Les Conséquences mentales des Émotions de la Guerre. Ann. méd.-psychol. Année 70, février, p. 129, u. mars, p. 257.

55. *Damaye, Henri* (Bailleul), Le syndrome démence précoce et les

psychoses toxi-infectieuses. Arch. internat. de Neurol. année 34, Octobre, p. 205.

56. *Damaye*, *Henri* (Bailleul), Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses. L'Echo médical du Nord. 2 juin.

57. *Delmas*, *M.*, et *Gallais*, *A.* (Paris), Délire systematisé secondaire postonirique. L'Encéphale 6, p. 462.

58. *Devine*, *H.* (Wakefield) A case of manic stupor. The journ. of ment. science 58, p. 320.

59. *Dewell*, *Colin*, *F. Mc.* (Leck-Staff), Die Kerne der neutrophilen Zellen bei akuten Geisteskrankheiten. Sitzungsbericht. Münch. med. Wschr. Jahrg. 59, S. 2258.

60. *Dide*, *Maurice* (Toulouse), Les dyspsychies. L'Encéphale 7, p. 222.

61. *Dide*, *Maurice*, et *Carras*, *G.* (Toulouse), Dyspsychie complexe chronique. Manie avec délire d'interprétation euphorique. Arch. internat. de neurol. 34, p. 162.

62. *Dide*, *M.*, et *Gassiot* (Toulouse), Pathogénie de la presbyophrénie (presbyophrénie et syndrome occipital). Revue neurologique 20, no. 1.

63. *Dietrich*, *Bernhard*, Klinischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Manie. Inaug.-Diss. Erlangen.

64. *Ducosté*, *M.* (Neuilly sur Marne), Aliénés inventeurs. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. année 70, avril, p. 487.

65. *Dumas*, *G.* (Paris), La contagion des manies et des mélancolies. Revue philos. Dezember 1911.

66. *Dunton*, Predemencia praecox. Journ. of amer. med. assoc., 21. Dezember.

67. *Dupain* (Vancluse), Tentative de suicide par ingestion de cailloux chez une mélancolique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 14.

68. *Dupré*, *E.* (Paris), Un cas de délire à trois. L'Encéphale 6, p. 285.

69. *Dwyer*, *P. J.* (Dublin), A case of recurrent Melancholia with Stupor. The journ. of ment. science vol. 58, p. 189.

70. *Earl*, *D.*, *Bond*, *M. D.*, and *E. Stanley-Abbot*, *M. D.*, A Comparison of personal characteristics in dementia praecox and manic-depressive psychosis. The americ. journ. of insan. January.

71. *East*, *Guy Rowland* (Northumberland), A case of Acromegaly



with Mental Symptomes. The Journal of mental science vol. 58, p. 631. (S. 202*.)

72. *Emerson, Clarence*, Glykosurie bei Geisteskranken. Journal of american assoc., 21. Dezember.

73. *Engelhard, J. L. B.*, Über Generationspsychosen und den Einfluß der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Ned. Tijdschr. v. Verlosk en Gynaecol. 22, 1.

74. *Engelhard, J. L. B.*, Über Generationspsychosen und den Einfluß der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Ztschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 70, H. 3.

75. *Ennen, E.* (Merzig), Bemerkungen zu *Bossi*: „Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn“. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, S. 922.

76. *Eppelbaum, Vera* (Zürich), Psychologie der Aussage bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Zürich.

77. *Ewart, C. T.* (London), Amenorrhoeal insanity. The journ. of ment. science vol. 58, p. 76.

78. *Fabinyi, R.*, Drei Fälle von Gefängnispsychosen. Sitzungsbericht der neurologischen und psychiatrischen Sektion des ungarischen Ärztevereins zu Budapest am 10. Juni 1912.

78 a. *Fauser, Aug.* (Stuttgart), Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der *Abderhalden*schen Anschauungen und Methoden. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 38, S. 2446. (S. 195*.)

79. *Ferenczi, S.*, Über die Rolle der Homosexualität in der Pathologie der Paranoia. Jahrb. f. psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 3, S. 100.

80. *Fornaca, Giacinto* (Venezia), Suppurazione fetido-gassosa da anaerobio in una demente precoce. Annali di Freniatria e Scienze affini de R. Manicomio di Torino vol. 22, fascicolo 2.

81. *Forster, E.* (Berlin), Nochmals die Frage des Affektes bei Paranoia. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, S. 189.

82. *Frankhauser, Ernst* (Bern), Histologische Befunde bei Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, Bd. 8, S. 413. (S. 195*.)





83. *Freud*, *S.* (Zürich), Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen 3, S. 9.

84. *Friedrich*, *Waldemar*, Die strafrechtliche Bedeutung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Bonn.

85. *Fuchs*, *Walter* (Emmendingen), Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Psych.-neurol. Wschr. 1912/13, S. 400.

86. *Gallais*, *Alfred* (Paris), Délire interprétato-hallucinatoire systématique, chronique sans affaiblissement démentiel. Ann. méd.-psychol. année 70, février, p. 155, mars, p. 285, avril p. 423. (S. 202*.)

86 a. *Glueck*, *B.*, A contribution to the study of psychogenesis in the psychoses. Americ. journ. of insan. 68, no. 1.

87. *Goepel*, *Emil*, Ein Beitrag zur Lehre von den posteklamptischen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

88. *Gonnet*, *A.*, Psychiatrie interprétative. L'Encéphale no. 4.

89. *Gordon*, *Alfred* (Philadelphia), Differential diagnosis between manic-depressive psychosis and Dementia praecox. Journal of nervous and mental disease 39, p. 24. (S. 193*.)

90. *Grandjean-Hirten*, Phobie guérie par la psychothérapie. Revue médicale de la Suisse romaine no. 1.

91. *Grebelskaja*, *Sch.*, Analyse einer Paranoiden. Jahrb. f. psychoanalytische Forschung 4, 1. Hälfte.

92. *Grebelskaja*, *Sch.*, Analyse einer Paranoiden. Inaug.-Diss. Zürich.

93. *Gregor*, *A.* (Leipzig), Die prognostische Bedeutung der Puerperalpsychosen. Fortschritte d. Med. Nr. 35.

94. *Greker*, *R.*, Die Reaktion auf Berührung bei Katatonikern nach der Methode der assoziativ-motorischen Reflexe. Diss. Petersburg.

95. *Guisy*, *B.*, Fernkomplikationen bei transvesikalen und perinealen Prostatektomien. Prä- und postoperative Geistesstörungen. Ztschr. f. Urologie 6, H. 2.

96. *Gurewitsch*, *M.* (Saratow), Kritische Bemerkungen zu *Ursteins* Werk: „Manisch-depressives oder periodisches Irresein als



Erscheinungsform der Katatonie (1912)". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, Bd. 13, S. 492.

97. *Guttmann, L.*, Experimentell-psychologische Untersuchungen über die Aufmerksamkeit und geistige Leistungsfähigkeit bei Manisch-depressiven. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychologie 4, S. 1, 1911.

98. *Halberstadt, G.* (Paris), L'opinion actuelle de *Kraepelin* sur la classification des états délirants. Revue de Psych. Octobre. (S. 202*.)

99. *Halberstadt, G.* (Paris), Hallucinations coenesthésiques dans un cas de démence précoce. Arch. de neurol. 34, p. 177.

100. *Halberstadt, G.* (Paris), Arithmomanie et hypermnésie élective dans un cas de démence vésanique. Journ. de Psychol. normale et pathol. 9, p. 48. (S. 202*.)

101. *Hammer, Richard*, Kasuistischer Beitrag zur Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel.

102. *Hanes, Edward L.* (Rochester), Acute delirium in psychiatric practice, with special reference to so-called acute delirious Mania (Collapse Delirium). Journal of nervous and mental disease vol. 39, p. 236 u. 311.

103. *Hart, Bernard* (Long Grove Asylum), A case of double personality. The journ. of mental science vol. 58, p. 236.

104. *Heilbronner, K.* (Utrecht), Zwangsvorstellung und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 9, S. 301.

105. *Hirschberg, Nikolai* (Moskau), Über Psychosen bei Flecktyphus. Deutsche med. Wschr. 38, S. 1375.

106. *Hoch, Th. A.*, A statistical study of manic-depressive insanity with especial reference to physical illness as un etiological factor. The americ. journ. of insan. 69, p. 419.

107. *Hoch, Th. A.*, Review of *Bleulers* Schizophrenia. Review of neurol. and psych. 10, p. 259.

108. *Hoche, Alfred* (Freiburg i. B.), und *Alzheimer, A.* (München), Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. Referat, erstattet in der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Kiel am 30. und 31. Mai 1912. Allg. Ztschr. f. Psych. 69, S. 699.



109. *Horne* (Kristiania), Prognose der juvenilen Psychosen. Norsk. Mag. f. Laegerid no. 7.
110. *Jacobson*, Literary genius and manic-depressive insanity. Medical record, 23. November.
111. *Jentsch*, *Ernst* (Leipzig-Schkeuditz), Die psychogene Rückerinnerung als Ursache wiederholter traumatischer Depressionszustände. Ärztl. Sachv.-Ztg. 18, S. 349.
112. *Jerzycki*, *Edmund*, Ein Fall von juveniler Tabes mit Geistesstörung. Inaug.-Diss. Kiel.
113. *Isserlin*, *M.* (München) und *Lotmar*, *F.* (Bern), Über den Ablauf einfacher willkürlicher Bewegungen bei einigen Nerven- und Geisteskrankheiten. Vorläufige Mitteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 10, S. 198. (S. 202*.)
114. *Jones*, *Robert* (London), Dementia praecox in Relation to Apraxia. The journ. of ment. science 58, p. 597.
115. *Juliusburger*, *Otto* (Steglitz), Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 32, S. 270. (S. 202*.)
116. *Jung*, *C. G.* (Zürich), Kritik über *E. Bleuler*: Zur Theorie des schizophrenen Negativismus (Psych.-neurol. Wschr. Jahrg.12). Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen 3, S. 469.
117. *Kannabich*, *J.*, Hysterozyklothymie und einige Worte über Selbstmord. Psychotherapie (russisch) 3, S. 11.
118. *Kerris*, *Eduard* (Galkhausen), Umgang mit Verwirrten. Psych.-neurol. Wschr. 13, S. 516 u. 521.
119. *Kinlay*, *Reid Mc.*, Fracture of Four Ribs in Sequence due to Tubercular disease. The journ. of ment. science 58, p. 636.
120. *Kirchheim*, *Fritz*, Beitrag zur Lehre von der akuten Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.
121. *Kiriakoff-Rasonnoff*, *N.*, Psychose et emprisonnement. Inaug.-Diss. Genf.
122. *Kleist*, *Karl* (Erlangen), Über chronische wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. 69, S. 705.
123. *Kleist*, *Karl* (Erlangen), Die klinische Stellung der Motilitäts-

psychosen. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. 69, S. 109.

124. *Klippel, M.*, et *Lévy-Darras* (Paris), Tabes et mégalomanie. Présentation de malade. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 70, décembre, 564.

125. *Klippel, M.*, et *Mallet, R.* (Paris), Délire systématisé modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec hallucinations. Un cas de délire difficile à classer. Ann. méd.-psychol. 70, juillet, p. 72.

126. *Klippel, M.*, et *Mallet, Raymond* (Paris), Confusion mentale à forme de presbyophrénie symptomatique et curable. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 70, juin, p. 710.

127. *Klutschew, E.*, Die Rolle der Syphilis in der Entstehung des Jugendirreseins. Russ. Arzt 11, S. 1282.

128. *Koehler, E. v.* (Mont-Pélerin), Epilepsie oder Dementia praecox? Inaug.-Diss. Genf.

129. *Koehler, E. v.* (Mont-Pélerin), Dementia praecox oder reaktive Depression? Vortrag auf der 8. Versammlung der Schweizer Neurologischen Gesellschaft in Luzern, 10. November 1912.

130. *König, H.* (Kiel), Zur Klinik des menstruellen Irreseins. Kasuistischer Beitrag. Berl. klin. Wschr. 49, S. 1645.

131. *Kraepelin, Emil* (München), Über paranoide Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 11, S. 617.

132. *Krasser, K.* (Klosterneuburg), Ein Versuch, das manisch-depressive Irresein als Folgezustand einer Sekretionsneurose des chromaffinen Systems aufzufassen. Wien. klin. Rundsch. Nr. 31 u. 32.

133. *Kreuser, Heinrich* (Winnenthal), Psychische Wirkungen des Erdbebens vom 16. November 1911. Psych.-neurol. Wschr. 1912/13, S. 369.

134. *Kreuser, Heinrich* (Winnenthal), Drei Fälle von Spätgenesung. Allg. Ztschr. f. Psych. 69, S. 448.

135. *Krueger, Hermann* (Königslutter), Über Paranoia hallucinatoria. Ztschr. f. d. ges. Neuorl. u. Psych., Originalien, 12, S. 510, (S. 194*.)

136. *Krueger, Hermann* (Königslutter), Über die Zytologie des Blutes



bei Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 14, S. 101. (S. 195*.)

137. *Krueger, Hermann* (Rostock), Über Kopfmaße bei angeborenen und erworbenen Geistesstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 31, S. 191.

138. *Kühne, Ch.*, Le délire d'épuisement. Étude critique. Inaug.-Diss. Genf.

139. *Kuppermann, Ernst*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen. Inaug.-Diss. Erlangen.

140. *Kutzinski, Arnold* (Berlin), Fall von Dämmerzustand während der Entbindung. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. 69, S. 410.

141. *Landsbergen, Fr.* (Halle a. S.), Foudroyant verlaufende Psychose mit Pemphigus acutus. Deutsche med. Wschr. 38, S. 1273. (S. 203*.)

142. *Lang, Friedrich*, Beitrag zur Lehre der Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten; Psychose nach Erysipel. Inaug.-Diss. Kiel.

143. *Laurent, Armant* (Rouen), L'arriération mentale et la démence précoce. „La dyspsychie." Amiens. Imprimerie du Progrès de la Somme. 31 p. (S. 203*.)

144. *Legrain* (Villejuif), Pour servir à l'histoire de la démence précoce. Folie familiale. La démence et la dégénérescence. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 143 u. 200.

145. *Legrain* (Villejuif), Démence précoce et ramollissement mental. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 249.

146. *Leiber, H.*, Ein Fall von psychischer Störung katatonischer Färbung im Verlaufe einer tuberkulösen Meningitis. Inaug.-Diss. Kiel.

147. *Lemos*, Hallucinations unilatérales de l'ouie. L'Encéphale no. 9 u. 10.

148. *Leroy, Raoul* (Paris), Les rémissions dans la démence précoce. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 70, décembre, p. 582.

149. *Leroy, Raoul* (Paris), Les rémissions dans la démence précoce. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 8, p. 294.

150. *Leroy, Raoul* (Paris), A propos du divorce. Rémission très com-



plète survenue chez une démente précoce (?) au bout de six années. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 70, mars, 339.

151. *Leroy, Raoul* (Paris), Un cas de démence précoce chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 70, octobre-novembre, p. 409.

152. *Leroy, Raoul* (Paris), Dessins faits par un dément précoce. La Caducée 12, p. 22.

153. *Leroy, Raoul*, et *Rogues de Fursac* (Paris), Deux cas de mélancolie avec réaction suicide et homicide. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 19.

154. *Libert, Lucien* (Neuilly sur Marne), Les perversions instintives au début de la Démence précoce. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. de Belgique, août-octobre, p. 348.

155. *Libert, Lucien* (Neuilly sur Marne), Délire systématisé raisonnant. L'Encéphale no. 11.

156. *Libert, Lucien* (Neuilly sur Marne), Un cas de délire d'imagination. Ann. méd.-psychol. 70, juillet, p. 12.

157. *Löwy, Max* (Marienbad), Über eine Unruheerscheinung: die Halluzination des Anrufes mit dem eigenen Namen (ohne und mit Beachtungswahn). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 33, S. 1.

158. *Lucangelli, L.*, Accessi paralleli di eccitamento catatonico e debolezza cardiaca in un demente precoce. Ann. del Manicomio Prov. di Perugia, anno 5, fasc. 3. u. 4.

159. *Lundvall, Halvar* (Kristiania), Über Blutveränderungen bei Dementia praecox nebst einem Versuch einer Art spezifischer Therapie. Kristiania. Nationaltrykkeriet. 80 S. (S. 196*.)

160. *Mabille, M.* (La Rochelle), Démence précoce et apraxie. Revue de Psych. 16, p. 134. (S. 196*.)

161. *Maier, Hans W.* (Burghölzli), Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 13, S. 555.

162. *Maier, Hans W.* (Burghölzli), Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Habilitationsschrift. 58 S. Julius Springer, Berlin.





163. *Maier, Hans W.* (Zürich), Unfallgutachten über Fälle von Dementia praecox. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 8.

164. *Marchand, L.* (Charenton), Considérations anatomo-cliniques sur les états mélancoliques simples. Revue de psych. 16, juin.

165. *Marchand, L.* (Charenton), Les accès mélancoliques des obsédés douteurs. Ann. méd.-psychol. 70, décembre, p. 488.

166. *Marchand, L.*, et *Petit, G.* (Charenton), Chorée et troubles mentaux. Revue de psych. 15, p. 358.

167. *Marchand, L.*, et *Petit, G.* (Charenton), Episodes hallucinatoires délirants au cours d'un état hallucinatoire conscient. Sitzungsbericht. L'Encéphale 7, p. 58.

168. *Marie, A.* (Villejuif), Sur quelques dessins de déments précoces. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 311.

169. *Markus, O.*, Über Assoziationen bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Greifswald.

170. *Masselon, René* (Prémontré), Délire hallucinatoir chronique. L'Encéphale no. 3.

171. *Masselon, René* (Prémontré), Les psychoses associées. (Psychose maniaque-dépressive et délire d'interprétation.) Ann. méd.-psychol. 70, p. 641.

172. *Maibardjuck, P.*, Klinische Varietäten der chronischen, einfachen und halluzinatorischen Paranoia. Inaug.-Diss. Berlin.

173. *Mayer, Hermann* (Wien), Fall von Kinderpsychose. Sitzungsbericht. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 33, S. 496.

174. *Mayer, Hermann* (Wien), Über die Ätiologie der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.

175. *Mees, R. A.*, Ein Fall von perniziös verlaufender Melancholie. (Angstpsychose *Alzheimers*.) Psychiatr. en Neurol. Bladen 16, p. 64.

176. *Meyer, E.* (Königsberg), Körperliche Störungen bei Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. 31, S. 483. (S. 196*.)

177. *Meyer, E.* (Königsberg), Weiteres zu den Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. 31, S. 1281. (S. 197*.)

178. *Meyer, Max*, Dementia praecox-Unfall. Inaug.-Diss. Bonn.

179. *Mignard, M.*, La psychose dyspathique; les phénomènes dyspathiques dans la psychose hébéphrénique. L'Encéphale 7, p. 105.



180. *Mita, S.* (Tokio), Beitrag zur Kenntnis der Glykosurie bei Geisteskranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 32, S. 159. (S. 203*.)

181. *Mitsucka, Z.*, Ein Fall von extremem Blutverlust bei Tubenruptur mit nachfolgender Psychose; zugleich über Psychosen nach gynäkologischen Operationen. Inaug.-Diss. München.

182. *Moeli, Karl* (Berlin), Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, mit besonderer Berücksichtigung des manisch-depressiven Irreseins. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 31, S. 868.

183. *Moesta, K.*, Über die Ätiologie und die Entwicklung eines systematisierten Wahnes (Wahnbildung bei einem Trinker). Inaug.-Diss. Jena.

184. *Mönkemöller, Otto* (Hildesheim), Die erworbenen Geistesstörungen des Soldatenstandes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. 50, S. 130.

185. *Molin de Teyssien, G.*, La manie présénile (étude clinique). Thèse de Bordeaux 1912.

186. *Mollweide, K.* (Rufach), Die Dementia praecox im Lichte der neueren Konstitutionspathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 9, S. 12. (S. 197*.)

187. *Montesano, Giuseppe* (Roma), Sulla morte improvisa nella demenza precoce. Riv. Ital. di Neuropath., Psichiatria ed Elettroterapia vol. 5, fasc. 9, p. 385. (S. 198*.)

188. *Näcke, Paul* (Hubertusburg), Über Fieberphantasmen im Wahn. (Nach eigener Selbstbeobachtung.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 8, S. 463.

189. *Nelken, J.*, Analytische Beobachtungen über Phantasien eines Schizophrenen. Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen Bd. 4.

190. *Neuendorf, Richard* (Bernburg), Zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 31, S. 1455.

191. *Neumann, Hermann*, Beitrag zur Lehre von den Eklampsiepsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

192. *Ortenau, Gustav* (Reichenhall-Nervi), Sieben Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Münch. med. Wschr. 59, S. 2388.



193. *Ostankow* (Petersburg), Über die Phase der Manie. Protokoll des III. Kongresses russischer Psychiater 1911.

194. *Parker*, *James* (Wakefield), Observations on a Case of Dementia praecox. Sitzungsbericht. The journ. of ment. science 58, p. 483.

195. *Pense*, *E. M.* (Waverley U. S.), A note on the prognostic value of hallucinations in the manic-depressive psychoses. The americ. journ. of insan. 69, p. 119.

196. *Perrin*, *Georges Genil*, Mélancolie et psychose maniaque-dépressive Revue de psych. 15, p. 489.

197. *Petery*, Manic-depressive insanity. Medical Record 9. November.

198. *Pfenninger*, *W.* (Herisau), Untersuchungen über die Konstanz und den Wechsel der psychologischen Konstellation bei Normalen und Frühdementen (Schizophrenen). Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen 3, S. 481.

199. *Pfersdorff*, *Karl* (Straßburg i. Els.), Zur Kenntnis der mit Sinnestäuschungen einhergehenden paranoiden Zustände. Vortrag, gehalten auf der Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte. Baden-Baden 1912.

200. *Pfersdorff*, *Karl* (Straßburg i. Els.), Über Assoziationen bei Dementia praecox. Sitzungsbericht. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. 49, S. 336.

201. *Pförtner*, *O.* (Göttingen), Die weißen Blutkörperchen beim Jugendirresein. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. 50, S. 574. (S. 198*.)

202. *Pilcz*, *Alexander* (Wien), Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. III. Aufl. 328 S. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. (S. 203*.)

203. *Powers*, *W. J. S.*, Four interesting cases of emotional dreamstate from the psychiatrical wards of the royal Charité Hospital in Berlin. Journ. of nerv. and ment. dis. no. 6.

204. *Pianetta*, *C.*, Frenosi maniaco-depressiva in gemelle. Riv. Ital. di Psich., Neuropatol. ed Elettroterapia 5, fasc. 12.

205. *Puillet*, *Charles-Pierre*, De l'état intellectuel dans les démences. Paralysie générale, démence sénile, démence précoce. Thèse Lyon.

206. *Quensel*, *Wilhelm* (Leipzig), Melancholische Depression durch

Kohlenoxydvergiftung. Selbstmord als Unfallfolge. Ärztl. Sachv.-Ztg. 18, S. 302.

207. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Über Schwangerschaftspsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Indikation zum künstlichen Abort. Med. Klinik 8, S. 1456.

208. *Redlich, E.* (Wien), Die Psychosen bei Gehirnkrankheiten. (Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von *G. Aschaffenburg.*) 87 S. Franz Deuticke, Leipzig und Wien.

209. *Régis, E.*, Simulation de la folie et syndrôme de *Ganser*. L'Encéphale 7, no. 8.

210. *Reid, Eva Charlotte* (Washington), Manifestations of manic-depressive insanity in literary Genius. Americ. journ. of insan. 68, April. (S. 203*.)

211. *Rémont, A.*, et *Sauvage* (Toulouse), Sinistrose et Psychose à forme confusionelle. Ann. méd.-psychol. 70, octobre-novembre, p. 336.

212. *Renesse, H. v.*, Zur Differentialdiagnose zwischen Manie und Dementia hebephrenica (praecox). Inaug.-Diss. Berlin.

213. *Resinelli* (Florenz), Neuropathien und Psychopathien der Schwangerschaft und des Wochenbettes. Sitzungsbericht Neurol. Zentralbl. 31, S. 591.

214. *Rezza* e *Vedrani*, Rep. istol. in un caso di fren. man.-depr. Rivista sperim. di Frenetria 38, fasc. 2 u. 3.

215. *Rittershaus, E.* (Hamburg-Friedrichsberg), Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-melancholischem Irresein mit besonderer Berücksichtigung der chronischen perniziös verlaufenden Form des letzteren. Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten 12, S. 475. (S. 193*.).

216. *Rittershaus, E.* (Hamburg-Friedrichsberg), Frühsymptome der Dementia praecox. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 5, S. 412.

217. *Rodiet, C.* (Dun-sur-Auron), Mélancolie anxieuse. Progrès médical no. 4.

218. *Rodiet, C.* et *Masselon, R.* (Dun-sur-Auron), Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de



cette affection dans le cadre nosographique. L'Encéphale 6, p. 532.

218 a. *Rogmann, A.*, Beitrag zur sozialen Bedeutung der Paranoia chronica hallucinatoria. Inaug.-Diss. Kiel.

219. *Rogues de Fursac* et *Capgras, J.* (Neuilly sur Marne), Délire mélancolique de négation et d'immortalité disparu au bout de deux ans et demi. Sitzungsbericht. L'Encéphale 7, p. 8.

220. *Sanz, F.*, Syndrome délirant et démentiel chez un enfant de 7 ans. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 35.

221. *Sarrat, Jean*, De l'infanticide dans ses rapports avec les psychoses transitoires des femmes en couche. Thèse. Lyon.

222. *Scarpini*, Ricerche istologiche sui centri nervosi in un caso di demenza precoce catatonica. Rassegno di studi psichiatr. 2, fasc. 1.

223. *Schaikewitsch, M.*, Jugendirresein und das Bild der manisch-depressiven Anfälle. Russ. Arzt 44, S. 152.

224. *Scheer, W. M. van der* (Meerenberg), Osteomalacie en Psychose. Inaug.-Diss. Amsterdam.

225. *Schneider, Kurt* (Tübingen), Über einige klinisch-psychologische Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse. Zugleich ein Beitrag zur Psychopathologie der *Korsakow*schen Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 8, S. 553.

226. *Schneider, Kurt* (Tübingen), Über einige klinisch-psychologische Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse. Zugleich ein Beitrag zur Psychopathologie der *Korsakow*schen Psychose. Inaug.-Diss. Tübingen.

227. *Schofield, A. F.*, and *Leslie, R. M.*, Psychasthenia. British medical journal, 23. November.

228. *Schütz, O.* (Gaschwitz), Die Presbyophrenie und ihre angebliche pathologisch-anatomische Grundlage. Sitzungsbericht. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 31, S. 96.

229. *Schultze, B. S.* (Jena), Über die Notwendigkeit gynäkologischer Diagnose und operativer Therapie in den Irrenhäusern. Gynäkologische Rundschau 6, S. 1.

230. *Schuppius* (Rostock), Über psychotische Erscheinungen bei Tumoren der Hypophyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien, 8, S. 514. (S. 204*.)

231. *Séglas, J.*, et *Dubois, Robert* (Paris), Notes cliniques sur les Aliénés gémisseurs. Ann. méd.-psychol. 70, octobre-novembre, p. 324. (S. 204*.)

232. *Séglas, J.*, et *Logre* (Paris), Des rémissions dans la démence précoce. L'Encéphale 6, p. 276.

233. *Séglas, J.*, et *Logre* (Paris), Délire imaginatif de grandeur avec appoint interprétatif. L'Encéphale 7, no. 1.

234. *Singer, Douglas*, Dementia praecox. Journ. of nerv. diseases no. 12.

235. *Sittig, O.* (Prag), Ein Fall von *Korsakow*scher Psychose auf Grund diabetischer Azidone. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 32, S. 241.

236. *Slueck, B.*, A contribution to the study of Psycho-genesis in the Psychoses. Americ. journ. of insan. January.

237. *Sommer, Robert* (Gießen), Bemerkungen zu dem Aufsatz von *W. H. Becker*: Ist die Dementia praecox heilbar? Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten 7, S. 382. (S. 194*.)

238. *Spilrein, S.*, Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox). Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen 3, S. 329.

239. *Stearns, A. W.* (Danvers), The prognosis in dementia praecox. Boston med. and surg. journal 167, p. 158.

240. *Stekel, Wilhelm* (Wien), Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. 2. Aufl. 448 S. Urban u. Schwarzenberg, Berlin und Wien. (S. 193*.)

241. *Stein, Bruno*, Beitrag zur Lehre der Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel.

242. *Stern, F.* (Kiel), Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 31, S. 1058.

243. *Stern, F.* (Kiel), Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Allg. Ztschr. f. Psych. 69, S. 764.

244. *Stern, F.* (Kiel), Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 18, S. 281. (S. 204*.)

245. *Stranski, Erwin* (Wien), Der Zwiesinn. Einige Bemerkungen zu *Breslers* gleichnamigem Aufsatz in Nr. 3 und 4 dieser Wochenschrift. Psych.-neurol. Wschr. 14, S. 155.

246. *Stranski, Erwin* (Wien), Zur Entwicklung und zum gegenwärtigen



Stande der Lehre von der Dementia praecox (Schizophrenie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 8, S. 616.

247. *Stranski*, *Erwin* (Wien), Kurze Bemerkung zu *Zingerle*s Arbeit: „Zur Kenntnis der Störungen des sprachlichen Ausdrucks bei Schizophrenie". Neurol. Zentralbl. 31, S. 487.

248. *Suchanow*, *S.*, Alkoholismus und Jugendirresein. Prakt. Arzt (russisch) 11, p. 39.

249. *Tastevin*, *J.*, Emotions afflictives. Revue neurol. no. 12.

250. *Taussig*, *F. J.*, Gynecological disease in mental disease and its relationship to the various forms of psychoses. Journ. of the americ. medical ass. 59, p. 713.

251. *Ter-Ogannessian* (Zürich), Psychoanalyse einer Katatonie. Psych.-neurol. Wschr. 14, S. 299 u. 309.

252. *Tietz*, *Friedrich*, Zur Lehre von den in der Haft entstehenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

253. *Torren*, *J. van der* (Hilversum), Psychosen und Psychoneurosen auf den Boden überwertiger Ideen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 9, S. 91.

254. *Torren*, *J. van der* (Hilversum), Psychosen auf dem Boden überwertiger Vorstellungen. Tijdschr. v. Geneesk. no. 6.

255. *Trénel*, *M.* (Neuilly sur Marne), Démence précoce. Revue neurol. no. 19.

256. *Trénel*, *M.* (Neuilly sur Marne), Démence précoce et folie périodique. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 70, août-septembre, p. 218.

257. *Trénel*, *M.* (Neuilly sur Marne), Folie intermittente et psychoses familiales. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 205.

258. *Trénel*, *M.*, et *Livet* (Neuilly sur Marne), Syndrôme de Cotard dans la folie périodique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 210.

259. *Truelle*, *V.* (Neuilly sur Marne), Trois démentes précoces. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 190.

260. *Truelle*, *V.* (Neuilly sur Marne), Un cas d'amélioration considérable après quatorze ans de délire. Ann. méd.-psychol. 70, juin, p. 718.

261. *Urstein*, *M.* (Warschau), Manisch-depressives Irresein und Katatonie. Wien. klin. Wschr. Nr. 33.



262. *Urstein, M.* (Warschau), Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 31, S. 874.

263. *Urstein, M.* (Warschau), Manisch-depressives Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. 69, S. 707.

264. *Urstein, M.* (Warschau), Manisch-depressives Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Eine Monographie. 650 S. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien. (S. 198*.)

265. *Vigouroux, M. A.*, et *Prince* (Epinay sur Orge), Un délirant persécuté à réactions dangereuses. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 9.

266. *Vigouroux, M. A.*, et *Prince* (Epinay sur Orge), De la démence précoce. Trois observations cliniques. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5, p. 50.

267. *Vigouroux, M. A.*, et *Hérisson* (Epinay sur Orge), Deux cas de délire megalomaniaque survenus chez des tabétiques anciens. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 70, décembre, p. 567.

268. *Vigouroux, M. A.* (Epinay sur Orge), Délire de persécution à base d'interprétations délirantes, traversé par des épisodes hallucinatoires d'origine toxique. Ann. méd.-psychol. 70, juillet, p. 85.

269. *Vollrath, Ulrich* (Jena), Über den anatomischen Befund in einem Falle von *Korsakow*scher Psychose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 31, S. 331.

270. *Vollrath, Ulrich* (Jena), Der Hirnbefund bei der *Korsakow*schen Psychose nebst Mitteilung eines neuen Falles. Inaug.-Diss. Jena.

271. *Voß, H.* (Hamburg), Zur forensischen Kasuistik des sogenannten neurasthenischen Irreseins. H. Groß' Archiv 49, S. 133.

272. *Wallner, Julius* (Villach), Religiöser Wahnsinn oder Betrug? Groß' Archiv 47, S. 62.

273. *Weber, H.*, Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. Wien. klin. Rundsch. 26, S. 97, 113, 132, 148, 165.

274. *Weber, H.*, Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. Inaug.-Diss. Jena.



275. *Wertheim, Moritz*, Zur Lehre von den Psychosen bei Urämie. Inaug.-Diss. Kiel.
276. *Westphal, Alex.* (Bonn), Weiterer Beitrag zur Pathologie der Pupille. Deutsche med. Wschr. 38, S. 1769.
277. *Wetzel, Albrecht* (Heidelberg), Zur Diagnose vom Stupor. Sitzungsbericht. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. 49, S. 341.
278. *Wohlweill, Friedrich* (Halle a. S.), Über psychische Störungen bei funikulärer Myelitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 8, S. 293.
279. *Wyrubow, N.*, Über Zyklothymie und ihre Kombinationen. Psychotherapie (russ.) 3, S. 120.
280. *Wyss, Walther v.* (Bremen), Verbrechen vor und im Beginn der Dementia praecox als Inhalt der Psychose. Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych., Originalien, 10, S. 245.
281. *Zabbé, J.*, Die Dementia praecox in ihrer Beziehung zur sozialpolitischen Gesetzgebung. Inaug.-Diss. Königsberg.
282. *Zilocchi, Alberto*, Dementia paranoides mit interessanten Ideographismen. Arch. di Antrop. crimin. Medicina legale 33, fasc. 4.
283. *Zingerle, H.* (Graz), Über transitorische Geistesstörungen und deren forensische Beurteilung. 52 S. Halle a. S., Carl Marhold.
284. *Zingerle, H.* (Graz), Zur Kenntnis der Störungen des sprachlichen Ausdrucks bei Schizophrenie. Neurol. Zentralbl. 31, S. 290.
285. *Ziveri, A.* (Brescia), Alcune considerazioni a proposito di un caso di delirio acuto. Rivista di Pathol. nerv. e ment. 17, fasc. 6.
286. *Zweig, Alex.* (Dalldorf), Die diagnostischen und prognostischen Fortschritte in der Psychiatrie. Sammelbericht. 1. Januar bis 1. Juli 1911. Ärztl. Sachv.-Ztg. 18, S. 59, 77, 99.

a) Manisch-depressives Irresein.

Ball (7) will den Beweis bringen, daß der Blutdruck bei den Manisch-depressiven in den beiden Stadien ein anderer ist; die beigefügten Kurven sprechen auch dafür. Während bei Melancholie der Blutdruck sehr hoch ist, zeigt Manie einen niedrigen Blutdruck. Diese Differenz sei angeboren oder erworben. In dem letzteren Fall handle es sich um die Wirkung von Giften, die sich bei Störungen der Magendarmfunktion entwickeln und auf die Vasomotoren im blutdruckändernden Sinne ein-



wirken. Dadurch würde dann die Psychose verursacht. Findet man bei Manie ausnahmsweise einen sehr hohen Blutdruck, so handelt es sich um Komplikationen, meistens um eine zugleich bestehende Nephritis, die übrigens ihrerseits auch eine Psychose hervorrufen kann.

Becker (14) erkennt die Melancholie als selbständige Erkrankungsform an; es ist aber prognostisch gleichgültig, ob es sich um eine selbständige Krankheit oder um eine melancholische Phase handelt. Doch ist die Prognose weniger günstig, je deutlicher ein manisches Stadium vorhergeht oder folgt, und je kürzer die geistig normalen Zeiten sind. Bei hartnäckiger Fortdauer einer Phase tritt nach 10 bis 20 Jahren doch eine gewisse geistige Schwäche ein, die *Becker* als Inaktivitätsdemenz bezeichnen möchte. — Die folgenden Anfälle sind meist etwas schwerer. Erblich Belastete haben unter den Anfällen länger und schwerer zu leiden. Exitus letalis ist selten. *Becker* behauptet, daß ohne Bewachung in geschlossenen Anstalten mindestens die Hälfte aller Melancholiker durch Selbstmord enden würde. Von chronischer Melancholie will *B.* nichts wissen; es handle sich in solchen Fällen um sekundäre Demenz.

Gordon (89) zeigt unter Beibringung von vier ausführlichen Krankengeschichten daß eine genaue Trennung zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox zurzeit noch nicht möglich ist. Es gibt kein bestimmtes Symptom, welches allein einer von beiden Krankheitsgruppen angehört.

Rittershaus (215) bezeichnet als perniziöse Form des manisch-depressiven Irreseins die ziemlich stabil bleibenden chronisch-manischen bzw. chronisch-melancholischen Zustandsbilder, bei denen es häufig ganz langsam zu einer mehr oder weniger stark hervortretenden Demenz kommt. Dieselben zeigen ethische Degeneration, Abstumpfung der höheren Interessen und Gefühle, Einengung des Gedankenkreises, Kritiklosigkeit in bezug auf die eigene Person und Leistungsfähigkeit usw. Dabei ist ein eigentliches Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten, insbesondere der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Schulkenntnisse und der geistigen Regsamkeit meist nicht nachzuweisen. *R.* zeigt hier an der Hand eines reichen, zum Teil sehr interessanten Krankenmaterials mit wie großer Schwierigkeit in vielen Fällen eine Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein verbunden ist, und daß es oft sehr lange Zeit unmöglich ist, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Man soll also vorsichtig sein!

Stekel (240), der hier die Angstneurose und die Angsthysterie behandelt, gibt am Schluß der letzteren eine Analyse zweier Fälle von Melancholie.

b) Paranoia.

Banse (9) kommt an der Hand von drei Krankengeschichten von Fällen, bei denen nach langjährigem Bestande einer Paranoia im *Kraepelin*schen Sinne später Halluzinationen mehr oder weniger reichlich auftraten, ohne daß die Kranken schizophren wurden, zu dem Schluß, daß das Vorkommen von Sinnestäuschungen in größerem Umfange nicht differentialdiagnostisch gegen Paranoia bewertet werden dürfe. Bei allen Fällen tritt im weiteren Verlauf der Wahn auf, von außen her durch geheimnisvolle Vorgänge im Wohlbefinden geschädigt zu werden; eine Unfreiheit



des Denkens und Wollens, wie bei der Dementia praecox, fehlt aber. *Banse* schlägt daher vor, den physikalischen Schädigungswahn von Beeinflussungswahn zu unterscheiden, der dann für die Fälle mit Denk- und Willensstörungen reserviert bliebe. Der Schädigungswahn kommt bei der echten Paranoia vor. Ob eine Dementia praecox jahrelang unter dem symptomatischen Bilde der *Kraepelin*schen Paranoia verlaufen kann, ist noch nicht ausreichend studiert. Verf. ist nach seinem Material zu der Ansicht gekommen, daß sich die Dementia praecox bei anscheinend dafür sprechenden Fällen immer frühzeitig durch schizophrene Symptome verraten wird. (Autoreferat.)

Krueger (135) stellt zwei Fällen von Paranoia einen Fall von Dementia praecox gegenüber und begründet dabei ausführlich die Differentialdiagnose. Da bei den beiden ersten Fällen den Halluzinationen, die bei der echten Paranoia ganz zurüktreten, eine grundlegende Bedeutung zukommt, spricht sich *K.* für die Bezeichnung Paranoia hallucinatoria aus im Gegensatz zur Paranoia simplex, wobei aber anerkannt werden muß, daß beide Arten von Verrücktheit eng zusammengehören, was Übergänge zwischen beiden Formen bestätigen. Zur Annahme einer besonderen Bezeichnung für diese Fälle (z. B. chronische Halluzinose) liegt kein Grund vor.

c) Dementia praecox.

Allers (1) hat alles, was bisher über den Stoffwechsel, die Körperflüssigkeiten und den Energieumsatz bei Dementia praecox-Kranken bekannt ist, hier zusammengestellt und eigene diesbezügliche Erfahrungen beigefügt, ähnlich wie er es in einer früheren Arbeit (in der Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie) mit Epilepsie gemacht hat. Die Arbeit eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

Becker (15) hat bei Erhebung der Katamnese von anscheinend geheilt entlassenen Dementia-praecox-Kranken nur in zwei Fällen eine Dauerheilung konstatieren können. Man muß unterscheiden zwischen sozialer Heilung und wirklicher Heilung. Fälle der letzteren sind äußerst selten. — Durch Typhus, seltener durch Erysipel, wird Dementia praecox, wenn sie nicht über 1 Jahr besteht, mitunter günstig beeinflußt. Doch erhöht Typhus nicht selten eine etwa bestehende Disposition für Tuberkulose. Die Spätkatatonie hat eine ungünstige Prognose, eine relativ günstige die sogenannte heboide Erkrankung. Die Möglichkeit einer Heilung muß bei Dementia praecox zugegeben werden. Rezidive sind häufig.

Sommer (237) behauptet dagegen, daß es sich bei der scheinbaren Heilbarkeit der Dementia praecox meist um Fehldiagnosen handelt. Verwechslungen geschehen leicht mit vorübergehenden Psychosen, die auf epileptischer oder epileptoider oder sonstiger psychisch-nervöser Grundlage zustande kommen, — mit Hydrozephalus, der ebenfalls zu anfallsartigen Geistesstörungen disponiert, — mit Katatonie, mit halluzinatorischen Psychosen, periodischen Psychosen. Namentlich bei gerichtlichen Gutachten soll man in solchen Fällen bei der Unheilbarkeitserklärung sehr vorsichtig sein.

Die kleine Monographie von *Bresler* (37) hält sich an das Werk von *Bleuler* (Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, Leipzig und Wien, F. Deuticke



1911). *Bresler* schlägt für Schizophrenie die Bezeichnung Zwiesinn vor. Der Reinertrag ist bestimmt zum Besten der Möbius-Stiftung in Leipzig.

Fauser (78a) hat mittels des *Abderhalden*schen Verfahrens auch Versuche bei Dementia praecox-Kranken gemacht, im Hinblick darauf, daß diese Krankheitsfälle sich während der für das Sexualleben wichtigsten Perioden häufen. Er fand auch wirklich bei 5 von 8 mit Testikel untersuchten Fällen einen Abbau von Testikelgewebe durch das Serum. Von Wichtigkeit erscheint ferner das positive Ergebnis gegenüber Hirn bei 8 von den untersuchten 11 Fällen. Es handelt sich dabei immer nur um Fälle, die *F.* mit erheblicher Sicherheit den endogenen Verblödungsprozessen zurechnen zu dürfen glaubte. Bei den Fällen von manisch-depressivem Irresein konnte *F.* mit der Dialysiermethode Schutzferment bis jetzt positiv nicht nachweisen; doch müssen darüber erst weitere Versuche gemacht werden. — *F.* berichtet in einem Nachtrag noch über weitere 9 Versuche bei Dementia praecox, 2 männliche und 7 weibliche. Davon 8 Fälle mit Testikel untersucht; die 2 männlichen Kranken positiv, 6 weibliche negativ. Von den 7 weiblichen 5 mit Ovarien untersucht, davon 4 positiv, 1 negativ. Letztere gehörte wohl zum manisch-depressiven Irresein. In den daraufhin untersuchten 6 Fällen fand *Fauser* ferner Schutzferment gegen Hirnrinde.

Frankhauser (82) fand in zwei Fällen von Dementia praecox, deren einer plötzlich gestorben war, während der andere durch Suizid geendet hatte, die von *Alzheimer* beschriebenen Gliaveränderungen. In beiden Fällen lag zugleich Status lymphaticus vor. Infolge gleichartiger Befunde beim plötzlichen Tod der Katatoniker und bei Selbstmördern liegt Grund zur Annahme vor, daß die Hirnveränderungen an beiden Orten dem gleichen Prozeß entsprechen und daß sie im Zusammenhang mit der Dementia praecox stehen. Bei der perniziösen Anämie, vielleicht auch infolge akuter Verblutung, finden sich bei der Anwendung der *Weigert*schen Gliafärbung typische Astrozyten in der ganzen Breite der grauen Substanz. Es handelt sich hier um eine Eigenart dieser Färbung.

Krueger (136) hat bei 100 Fällen von Dementia praecox, von denen je die Hälfte der Hebephrenie und der Katatonie angehörten, Blutuntersuchungen gemacht und gefunden, daß der Hämoglobingehalt und die Zahl der Erythrozyten normal war. Die absolute Zahl der weißen Blutkörperchen war bei den Hebephrenien in den allermeisten Fällen vermehrt, bei den Katatonien erheblich seltener. Bei den Hebephrenien ergab sich ferner eine durchgehende, zum Teil sehr erhebliche relative Lymphozytose auf Kosten der polymorphkernigen Zellen, in den älteren Fällen tritt dazu eine relative Vermehrung der eosinophilgranulierten Zellen. Bei den Katatonien bestand Lymphozytose nur in einem sehr geringen Prozentsatze der Fälle, dafür zeigten alle Fälle, die noch nicht zu den Endzuständen gehörten, Vermehrung der Eosinophilen. Die verblödeten Schizophrenien endlich zeigten normale zytologische Blutverhältnisse. Verf. erblickt in dieser Veränderung der Blutzytologie die Reaktion auf ein im Körper kreisendes Toxin, das zugleich die Gehirnveränderungen, die der Schizophrenie zugrunde liegen, verursacht, zugleich wahrscheinlich auch andere (besonders lymphatische) Organe befällt. Parallelen, die sich zwischen den psychischen Störungen bei Dementia praecox und denen, wie



sie bei pathologischen Veränderungen der Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion, besonders der Glandula thyreoidea, sich ziehen lassen, denen teilweise das zytologische Blutbild folgt, weisen auf die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhangs dieser Organe mit der Dementia praecox hin. (Autoreferat.)

Lundvall (159) hat an 150 alten Fällen von Dementia praecox Blutuntersuchungen vorgenommen. Während der Zeiten, wo die Kranken von psychischen Erregungserscheinungen frei waren, wurden im allgemeinen keine anderen Blutveränderungen gefunden als Leukopenie mit relativer Mononukleose. Außerdem findet man oft eine scheinbare Polyzythämie, die wohl auf vasomotorische Störungen zurückzuführen ist. Dagegen findet man bei erregten Kranken periodisch wiederkehrende ganz typische Veränderungen, welche *Lundvall* Blutkrisen nennt, die sich durch Oligozythämie und Hyperleukozytose verraten. Als Ursache dafür nimmt *L.* eine wirkliche Hämolyse und Einpumpen von Leukozyten an. Diese Hyperleukozytose zeigt während des Tages gewisse Schwankungen und auch sonst große Remissionen. Die Leukozytose ist eine von einer absoluten Vermehrung der Anzahl neutrophiler, polynukleärer Leukozyten bedingte Polynukleose. Die eosinophilen Leukozyten zeigen anfangs meistens eine Verminderung, auf der Höhe der Krise dagegen eine Vermehrung. Die Mastzellen waren nie nennenswert vermehrt. *L.* glaubt, daß die psychischen Phänomene, deren Sammelbild wir den Namen Dementia praecox beilegen, von einem spezifischen äußeren Virus verursacht werden, das sich schon vor Ausbruch der psychischen Symptome durch Blutveränderung offenbart. Die Leukopenie mit Veränderung der neutrophilen Leukozyten, die man während der Ruheperiode bei Dementia praecox findet, ist ein Zeichen des herabgesetzten Reaktionsvermögens des Körpers, während die Hyperleukozytose, Neutrophilie und Eosinophilie, die wir bei den Blutkrisen finden, zeigen, daß, wenn auch die Irritabilität des Organismus herabgesetzt ist, er doch bei einer Vermehrung des Virus das Vermögen einer Reaktion zurückbehalten kann. Die Leukozytose ist ein Zeichen des Kampfes gegen das Virus, das zuletzt die der Psychose eigenen Veränderungen hervorruft. *L.* spricht sich demnach gegen die endogene Natur der Geisteskrankheiten und für eine spezifische äußere Ursache bei Dementia praecox aus. *L.* befürwortet als Therapie dabei Versuche mit leukozytoseerregenden Mitteln. Er selbst benutzt eine Lösung von Natrium nucleinicum, Acidum arsenicosum und Hetol, mit welcher er bisher gute Erfolge erzielt haben will.

Mabille (160) beschreibt einen Dementia-praecox-Fall mit Apraxie (apraxie au moins dyspraxie idéatoire) unter Hinweis auf die von *M. Dromard* (l'Encéphale), *Pascal* (Presse Médicale), *Pick*, *Finzi* und *Vedrasi*, und von *Kraepelin* beschriebenen Fälle. Es handelt sich auch bei dem Fall von *Mabille* um die Folgen psychischer Hemmung.

Meyer (176) berichtet über einen 29 jährigen Dementia-praecox-Kranken, der im Liegen 48 Pulsschläge hat, nach dem Aufstehen aber 80; das Herz ist dabei intakt. Ausgesprochene tonische Anspannung der gesamten Muskulatur verbunden mit tonischen Zuckungen. Zyanose. Sonst besteht bei anderen Kranken Neigung zu Pulsbeschleunigung. Hirnschwellung nicht nachweisbar. *Meyer* hat bei Dementia



praecox wiederholt Ovarie und auch Mastodynie feststellen können. Pupillenstörung hat *Meyer* ebenfalls häufig gesehen.

Meyer (177) kommt auf seine Arbeit von 1910 (Berl. klin. Wschr. Nr. 40) zurück und berichtet hier über zwei weitere Fälle von Dementia praecox, wo die bei Druck auf den Iliakalpunkt erweiterten Pupillen auf Lichteinfall keine oder minimale Reaktion zeigten. Die Ursache dafür sieht *Meyer* in einer Störung der gesamten Irisinnervation. Auch bei Besserung des klinischen Bildes können die Pupillenstörungen noch weiter bestehen. Auch Hippus hat *M.* wiederholt gesehen. Die Pupillen sind bei Dementia praecox oft nicht kreisrund, sondern oval oder in ähnlicher Weise formverändert und gleichzeitig exzentrisch gelegen. Eckige Verziehungen sah *Meyer* niemals. Eine Vereinigung der Formveränderung und exzentrischen Lage hält *Meyer* für pathologisch.

Mollweide (186) geht von der Tatsache aus, daß im Gegensatz zu der bisherigen, hauptsächlich mit äußeren Krankheitsursachen rechnenden pathologischen Betrachtungsweise in neuerer Zeit eine Bewegung an Boden gewonnen hat, welche bei der Entstehung vieler Krankheitsprozesse konstitutionellen Momenten eine maßgebende Bedeutung zuerkennt. Nach einem kurzen, im Anschluß an *Martius*' „Pathogenese innerer Krankheiten" gegebenen Überblick über die Entwicklung des Konstitutionsbegriffes wird auf eine Anzahl von Krankheitsformen der verschiedensten Organgebiete hingewiesen, deren endogene Entstehung auf dem Boden einer vererbten, minderwertigen Anlage neuerdings sehr wahrscheinlich geworden ist (manche Formen der chronischen Nephritis und der Arteriosklerose, Herzinsuffizienz infolge konstitutioneller Herzschwäche, Achylia gastrica, manche Formen der perniziösen Anämie). Auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten werden in diesem Zusammenhange vor allem die Aufbrauchshypothese *Edingers*, soweit sie sich auf die hereditären Krankheiten bezieht, sowie die *Gowers*sche Theorie der Abiotrophy besprochen. Von dem Bestreben geleitet, dieselben Gesichtspunkte auch für die Erkrankungen der Hirnrinde in Anwendung zu bringen, vertritt Verf. die schon von mehreren Seiten geäußerte Ansicht, daß der Dementia praecox ein auf dem Boden einer minderwertigen Anlage gewisser Teile der Hirnrinde entstehender endogener Degenerationsprozeß zugrunde liegt. Für diese Auffassung spricht, abgesehen von der ungenügenden Beweiskraft der autotoxischen und infektiösen Theorien, in erster Linie die zweifellose Wichtigkeit hereditärer Momente, insbesondere das relativ häufige Vorkommen bei Geschwistern. In demselben Sinne ist ferner die Tatsache zu verwerten, daß in der Mehrzahl der Fälle schon in der Jugend psychische Anomalien beobachtet werden, welche auch bei den Geschwistern der später Erkrankten mehr oder weniger deutlich nachweisbar sind. Mit den sogenannten „Aufbrauchskrankheiten" des Rückenmarks, insbesondere der spinalen progressiven Muskelatrophie und der amyotrophischen Lateralsklerose teilt die Dementia praecox außerdem eine Reihe von Analogien des Verlaufs, welche nähere Beziehungen zu denselben wahrscheinlich machen. Von den hereditären Momenten scheinen Keimschädigungen, vor allem durch Alkoholismus der Aszendenz, eine erhebliche Rolle zu spielen. Unter 71 Fällen von Dementia praecox, in welchen genaue anamnestische Angaben vorlagen, fand Verf. in 28,2% der Fälle Alkoholismus

der Eltern, in weiteren 10% der Fälle schien auch der Alkoholismus eines der Großeltern als wesentlich belastendes Moment in Betracht zu kommen. (Autoreferat.)

Montesano (187) hat einen Fall von plötzlichem Tod bei Dementia praecox mit den neuen Methoden *Alzheimers* histologisch untersucht. Er beschreibt besonders ausführlich und unter Erläuterung durch eine ausgezeichnete Tafel den Befund von Abbauprodukten und die Veränderungen an der Neuroglia vom Typus der amoeboiden entsprechend den Mitteilungen *Alzheimers* und seiner Schüler. (*Sioli*-Bonn.)

Pförtner (201) macht zunächst auf die großen Unterschiede aufmerksam, die bisher bei der Zählung der weißen Blutkörperchen und der Feststellung der Prozentzahlen der einzelnen Leukozytenarten bei Dementia- praecox-Kranken zutage getreten sind. Verf. hat selbst bei 90 an Jugendirresein Erkrankten das Blut untersucht mit Hilfe der *Türk*schen Zählkammer. Seine Resultate stimmen im großen und ganzen mit denen von *Heilemann* überein. Nur in verschwindend wenigen Ausnahmen fand sich beim Jugendirresein eine Abnahme der polynukleären Zellen und eine Zunahme der Leukozyten. Die Prozentzahlen der Leukozyten stiegen bis zu 38,3% als höchste Prozentzahl und die der Polynukleären fielen bis auf 49,1% als niedrigste Prozentzahl. Ebenso war die Prozentzahl der Mononukleären und Übergangsformen bei 58,4% der Gesamtuntersuchungen über die Norm erhöht. Die höchste Prozentzahl bei den Mononukleären war 10%. — *Pf.* fand bei 15,3% aller Untersuchungen die Prozentzahl der eosinophilen Zellen erhöht bei 43,2% dagegen sogar unter der Norm. Auch für die Mastzellen fand sich in einigen wenigen Fällen eine ganz geringe Vermehrung.

Es scheint sich beim Jugendirresein in der Hauptsache um eine Alteration der polynukleären Zellen zu handeln. Es ließ sich kein Unterschied zwischen den hebephrenen, den paranoiden und katatonen Formen, zwischen den einzelnen Zustandsbildern und hinsichtlich des ganzen Verlaufs der einzelnen Fälle herauskonstruieren. Die Prozentzahlen änderten sich oft erheblich, ohne daß das Krankheitsbild sich änderte und umgekehrt. *Pförtner* fand übrigens zuweilen, wenn auch nicht häufig, auch bei Manie, Paralyse, Epilepsie gleiche Befunde wie beim Jugendirresein. Es scheint hauptsächlich dann eine Alteration der hämopoetischen Organe stattzufinden, wenn auch bei diesen Psychosen motorische Krankheitserscheinungen im Vordergrund stehen. Blutkrisen und Hyperleukozytosen (*Lundvall*) hat *Pf.* zweimal im Verlauf des Jugendirreseins feststellen können. Diese beiden Fälle teilt *Pf.* ausführlicher mit.

Urstein (264) gibt hier, wie er sagt, eine Fortsetzung und Ergänzung seiner früheren Studie: Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein (1909), worin er zu beweisen suchte, daß die zirkuläre Psychose in der Form, wie sie heute charakterisiert wird, nichts Einheitliches darstellt und eine Verlaufsform der Dementia praecox sein könnte. Er polemisiert jetzt zunächst gegen *Wilmanns* und *Dreyfus*, in der Annahme, daß die Heidelberger Schule die Dementia-praecox-Diagnose zugunsten des manisch-depressiven Irreseins zu sehr einschränken will, indem sie die Bedeutung periodischer Verlaufsart bei Geistes-



störung unmäßig überschätzt. Die Zirkularität findet sich eben bei allen möglichen Irreseinsformen.

In der jetzt vorliegenden Monographie verwertet *U.* das große, sich über 6 Dezennien erstreckende Material des Schweizerhofs. Darunter befinden sich Kranke, die sich bis zu 50 Jahre bereits in der Anstalt aufhalten, Kranke, die nach einem Intervall von 30 Jahren die Anstalt wieder aufsuchen mußten, Kranke, bei denen die Psychose erst nach 10—12 Attacken einen ungünstigen Verlauf nahm, u. dgl. Durch die Zusammenstellung und Veröffentlichung eines Teils dieses Materials hat sich *U.* jedenfalls ein großes Verdienst erworben. Die Kasuistik nimmt übrigens vier Fünftel des Werkes in Anspruch. Es handelt sich bei diesem Material nur um Kranke der gebildeten Stände, um Kranke weiblichen Geschlechts, und ist es von Interesse, aus den Krankengeschichten zu ersehen, daß, trotz mehr oder weniger fortgeschrittener Verblödung der Katatoniker, doch die äußere Haltung eine bessere bleibt in einem Milieu, wie es z. B. der Schweizerhof bietet, als in sonstigen staatlichen und öffentlichen Anstalten, wo sich nur die gewöhnlichen Menschenkinder zusammenfinden.

Bevor *U.* in die Kasuistik eintritt, setzt er sich mit *Dreyfus* und *Stransky* auseinander. Letzterem gegenüber betont er, daß *Stransky* mit der intrapsychischen Ataxie die Inkongruenz zwischen Affekt und Vorstellungsleben identifiziert, er, *Urstein*, damit die Spaltung, die Inkoordination innerhalb der Verstandestätigkeit, der Gemüts- und Willensleistungen bezeichnet. Durch diesen Zwiespalt sucht *U.* zu erklären, weshalb es möglich ist, daß z. B. ein Patient, der sprachlich konfus und zerfahren ist, sich zu gleicher Zeit schriftlich korrekt und geordnet äußert und umgekehrt. Von dieser Ataxie leitet *U.* die oft enormen Gegensätze zwischen subjektiver Klage und dem Mangel an objektiver Feststellung der letzteren ab. In dieser intrapsychischen Koordinationsstörung erblickt *U.* das Kardinalsymptom der Dementia praecox, auf das sich die Differentialdiagnose gegenüber dem manisch-depressiven Irresein stützen soll.

Wie *U.* sagt, will er im Titel der Monographie die Benennung Katatonie mit der Dementia praecox identifiziert wissen; er bedient sich des Terminus, weil es viele derartige Kranken gibt, die trotz jahrzehntelanger Dauer des Leidens weder gemütliche noch intellektuelle Verblödung erkennen lassen. — Die Monographie soll den Beweis bringen, daß nicht nur einzelne Symptome, die für spezifisch zirkulär erachtet werden, sondern typische Manie, Hypomanie, Depression und Mischzustände im Sinne *Kraepelins*, zu Defektheilungen, katatonen Dauerzuständen bzw. Verblödungen führen. Außerdem will er zeigen, daß Psychosen mit und ohne katatone Erscheinungen heilen, nach mehr oder weniger Intervallen, in denen die Betreffenden absolut gesund bleiben, rezidivieren und dann doch in die ganz charakteristische Demenz übergehen. *U.* behauptet auch jetzt, daß wir in der Lage sind, schon im Beginn der Psychose diese als Demenzprozeß zu kennzeichnen.

U. bringt hier 30 Krankengeschichten, so ausführlich, daß auf jede 18—20 Seiten eng gedruckt kommen. Am Ende einer jeden steht eine Zusammenfassung. Darauf näher einzugehen, ist nicht möglich. Auch die an die Kasuistik sich anschließende Symptomatologie bringt noch interessante Krankengeschichten. Unter



den körperlichen Symptomen erwähnt *U.* auch epileptische Anfälle. Er möchte deshalb auch der zirkulären, paranoiden und hebephrenen Form der Katatonie noch die epileptische angliedern und nimmt sogar an, daß zahlreiche Insassen von Epileptikeranstalten eben solche Katatoniker sind. Übrigens hat *U.* katatonische Anfälle fast ausschließlich nur bei Hereditären beobachtet. Erwähnenswert ist auch, daß *U.* bei einigen Männern regelmäßig alle 4 Wochen für die Dauer von 1—2 Tagen eine Zunahme der Unruhe bemerkt haben will.

U. glaubt nicht, daß der Katatonie ein materielles Leiden zugrunde liegt; was man in den Rindenzellen findet, sei sekundärer Natur, hervorgerufen durch dieselbe Noxe. Die Katatonie entsteht durch autotoxische Vorgänge, die durch innere Sekretionsanomalien bedingt werden. Es könnte sich um eine anaphylaktische Vergiftung handeln. Vieles spricht für eine von Geburt an bestehende krankhafte Anlage, die dann später durch allerlei Infektion und Intoxikation aus der Latenz geweckt wird. *U.* will übrigens gefunden haben, daß die Intellektuellen häufiger erblich belastet sind als die Kommunalkranken, 63% : 40%. Psychosen bei direkter Belastung verlaufen in spätern Generationen ungünstiger, namentlich nach der katatonen Seite hin. *U.* glaubt nicht an Heterogenität der Irrseinsform bei Aszendenten und Nachkommen. Die manisch-depressiven Formen scheinen bei den Intellektuellen sehr viel häufiger vorzukommen als bei den Kommunalkranken; letztere verfallen auch sehr viel häufiger in die schweren Formen der Demenz. Dauerheilungen bei Katatonie sind sehr selten. In 48% der Fälle geht der erste Anfall in komplette Heilung über. Gravidität wirkt in prognostischer Hinsicht eher günstig als nachteilig. Die Diagnose der Katatonie ist nicht schwer, auch nicht im Beginn. Ausschlaggebend sind immer die katatonen Komplexe und Zustände. Sind diese noch nicht manifest, so entscheidet der Nachweis von intrapsychischen Spaltungen und Störungen des harmonischen Zusammenspiels der einzelnen psychischen Elemente. Näher auf das Kapitel Diagnose und Differentialdiagnose einzugehen, verbietet der Raum. *U.* bleibt bei seiner früheren Ansicht, daß die als manisch-depressives Irresein charakterisierte Psychose zwar ein wohl umschriebenes, leicht abgrenzbares Symptomenbild darstellt, aber nicht als besondere Krankheitsform zu betrachten ist, denn sie kann eine vorübergehende Teilerscheinung und Episode bzw. ein Stadium der Katatonie sein.

d) Sonstiges.

Aschaffenburg (4) warnt mit Recht vor einer Überschätzung der psychischen Ursachen für die Entstehung der Geisteskrankheiten. Mit *Siefert* glaubt er, daß wir allen Grund haben, die Fragen nach der klinischen Stellung der Haftpsychose mit größter Sorgfalt zu studieren. Augenblicklich geht die Auffassung dahin, daß der Strafvollzug imstande ist, haftpsychotische Zustände auszulösen, die dem degenerativen Irresein zugerechnet werden. Die Trennung der degenerativen von den hebephrenen Krankheitsbildern ist zweifellos eine Notwendigkeit. *A.* legt dann dar, nach welchen Kriterien die psychogenen Zustände sich von der Dementia praecox trennen lassen. In Frage kommen, wie dann *A.* des weiteren ausführt, als solche Kriterien der Ursprung, die Symptome und der Ausgang. „Die Haft und die mit



der Verhaftung verbundenen psychischen Erregungen können bei prädisponierten Menschen neben anderen Formen der Psychosen auch Syndrome auslösen, die einen deutlich psychogenen Charakter tragen. Weder die Entstehung dieser Zustände in der Haft, noch ihr Schwinden nach der Enthaftung beweisen, daß es sich um psychogene Entartungszustände handeln muß. Es sind vielmehr weit öfter, als im allgemeinen angenommen wird, nur Exazerbationen oder die ersten deutlichen Symptome der Dementia praecox. Die Haft gibt ihm nur die eigenartige Färbung, die sie mit den sehr viel selteneren wirklich psychogenen Haftpsychosen gemeinsam hat."

Verfasser (28) glauben, es würde für das weitere Studium der Psychosen von Nutzen sein, auf die Vorgeschichte der Kranken näher einzugehen, d. h. auf ihr vorpsychotisches Leben, und dann einen Vergleich zu ziehen zwischen diesen Vorgeschichten bei den verschiedenen Arten von Geisteskrankheiten. Sie selbst haben hier das Vorleben einer Anzahl von Dementia-praecox-Kranken und von Manisch-depressiven analysiert, ihre guten und schlechten Eigenschaften genau registriert. Sie haben dann zusammengestellt, welche von diesen guten und schlechten Eigenschaften bei dieser oder jener Psychose prävalieren. Das Nähere muß im Original nachgelesen werden. Hier sei nur kurz erwähnt, daß unter 50 Fällen von Dementia praecox die betr. Kranken 34 mal in ihrer vorpsychotischen Zeit für geistig normal oder doch nicht für abnorm galten, gegen 43 bei 50 Manisch-depressiven. Als mehr oder weniger abnorm, namentlich für verschlossen, galten unter den ersteren 16, bei den letzteren nur 7. 19 Krankengeschichten werden auszugsweise beigegeben.

Bornstein (31) betont, daß eine Kombination zweier klinisch scharf begrenzter Psychosen im allgemeinen ein sehr seltenes Vorkommnis ist. Zwei sogenannte funktionelle Psychosen (manisch-depressives Irresein, Paranoia, Schizophrenie, rein psychogene Formen) kombinieren sich untereinander äußerst selten, vielleicht überhaupt niemals. Was als Kombination öfters imponieren könnte, muß bei strenger Prüfung nur als eine Mischung verschiedener Symptomenkomplexe bei einer ihren eigenen Verlauf nehmenden, klinisch abgegrenzten Psychose betrachtet werden.

Die häufigste, wie es scheint allein richtig als solche anzusehende Kombination zweier Psychosen kommt dann zustande, wenn während einer funktionellen Psychose oder nach dem Abklingen derselben eine andere, exogen entstandene hinzutritt. Oft, vielleicht in den meisten Fällen, kann man die Tatsache feststellen, daß eine solche exogen entstandene hinzugetretene Psychose die Erscheinungen der ursprünglichen Psychose fast gänzlich verwischt.

Schmauß gegenüber glaubt *Bornstein*, daß die Frage nach der pathologischen Anatomie der *Landry*schen Paralyse einer gründlichen Revision bedarf; die Fälle mit negativem Befund dürften wohl kaum als sicher gestellt anzusehen sein, wenn bei den Untersuchungen die modernen, auf das Darstellen der Abbauerscheinungen der Nervensubstanz hinzielenden histologischen und histochemischen Methoden angewandt werden.

Bresowsky (39) bringt ein ungemein interessantes Material für die verschiedenen

pathologischen Affektzustände, Affekthandlungen, -krisen, -dämmerzustände. Die protrahierten Affektzustände sondert er mit *Ziehen* in einfache und komplizierte. Der Beginn der protrahierten Affektschwankung wird in der Mehrzahl der Fälle durch einen akuten Affektstoß ausgelöst. Der Affekt muß dazu eine gewisse Intensität besitzen, wenigstens, wenn er auf ein gewissermaßen unvorbereitetes Individuum einwirkt. Die Verschiedenheit der individuellen Veranlagung spielt eine große Rolle. Die Prognose ist als gut zu bezeichnen. Die protrahierten Affektschwankungen und die aknoischen Zustände, wie die Eknoia, sind als echte Emotionspsychosen zu betrachten, da ihre Ursache in Affekten resp. Stimmungen besteht. Diese ihre vollständige Abhängigkeit von dem zugrunde liegenden Affektzustand ist ihr spezifisches Merkmal, das sie von anderen Psychosen bzw. psychopathischen Zuständen zu unterscheiden geeignet ist.

East (71) berichtet über einen Fall von Akromegalie des Gesichts und der Extremitäten, wobei nach 20 Jahren eine ausgesprochene Manie auftrat, die in Genesung überging.

Gallais (86) berichtet über zwei Fälle von Délire interprétato-hallucinatoire systématique chronique, den einen Fall ausführlich, den anderen, der 46 Jahre dauert, im Auszug. Interpretation und Halluzinationen bestehen beständig, die Wahnideen wechseln. Demenz ist nicht eingetreten, doch ähneln die Krankheitsbilder der Dementia paranoides. Wie *Ballet* zweifelt auch *Gallais*, ob letztere Krankheit zur Dementia praecox zu rechnen ist.

In *Halberstadts* Fall (100) rechnet die Kranke seit dem Tode ihres Vaters beständig, ausgehend von der gemachten Erbschaft. Sie rechnet bald auf Papier, bald im Kopfe. Wohl infolge dieser beständigen Übung hat sich ihr Gedächtnis für Rechensachen sehr gestärkt. Das Gebahren der Kranken gehört wohl in das Gebiet der Stereotypien.

Halberstadt referiert (98) über die siebente Auflage von *Kraepelins* Psychiatrie unter Bezugnahme auf die Nomenklatur der französischen Irrenärzte. Eine nähere kritische Besprechung soll nach Vollendung des ganzen Werkes folgen.

Juliusburger (115) erinnerte hier unter Bezugnahme auf eine Arbeit von *Löwenfeld* im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1909 (Über traumartige und verwandte Zustände) an seine ähnlichen Mitteilungen in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychologie 1910 (Zur Psychologie der Organgefühle und Fremdheitsgefühle) und in der Monatschrift für Psychologie und Neurologie (Über Pseudomelancholie). Jetzt bringt er hier zwei höchst interessante Krankengeschichten, von welchen er die erste zu seinen Fällen von Pseudomelancholie rechnet, den zweiten faßt er auf als Angstneurose mit Zwangsvorstellungen. Den Kernpunkt des Phänomens sieht er in einer assoziativen Störung zwischen Gefühl und Vorstellung, sowohl für die unmittelbaren Wahrnehmungen wie für die Erinnerungsbilder. Es handelt sich um eine Unterbrechung der Kontinuität des Bewußtseins, auch in den *Löwenfeld*schen Fällen. Und zwar liegt die Sejunktion in der Sphäre des Gefühls.

Isserlin und *Lotmar* (113) haben ihre Versuche auch auf Depressionszustände und Katatonische ausgedehnt. Bei ersteren zeigten die Kurven eine deutliche Ver

langsamung der Bewegung; bei den Katatonischen waren die Bewegungskurven auffallend verändert. Die Reaktionszeiten schwankten sehr beträchtlich. Dabei sind sicher die psychischen Momente von Bedeutung. Die ausführliche Veröffentlichung soll in *Kraepelins* „Psychologische Arbeiten" erfolgen.

Landsbergen (141) berichtet über einen 22 jährigen Hebephrenen, bei dem einige Wochen nach Beginn der Psychose überall Pemphigus-Blasen auftraten. Der Kranke ging dann nach 14 Tagen zugrunde. Das Fieber war nie hoch, einmal bis 39. Es fand sich eine Überschwemmung des Blutes mit Staphylokokken. Eine besondere Disposition der Haut des betr. Kranken für Blasenbildung muß man annehmen. Da die Psychose bereits in voller Blüte stand, als Pemphigus sich zeigte, kann von einer Psychose durch Pemphigus nicht die Rede sein. Die toxische Schädigung hat auch die ursprüngliche Psychose in ihrer Form nicht beeinflußt. Im Gegenteil kann man annehmen, daß die Psychose resp. die hochgradige Erregung des Kranken an dem Zustandekommen des Pemphigus beteiligt war. Die Erregung verursachte erheblichen Stoffverbrauch, ein schneller Rückgang des allgemeinen Turgors und Ernährungszustandes war unverkennbar. Kleine Verletzungen sind bei hochgradigen Erregungszuständen unvermeidlich, und ist somit Gelegenheit für das Zustandekommen einer septischen Allgemeininfektion gegeben. Allerdings ist durch diese letztere allein der Pemphigus noch nicht erklärt.

Laurent (143) gibt eine Übersicht über die Entwicklung des Fürsorge- und des Schulwesens für geistig zurückgebliebene Kinder in Frankreich und namentlich in Rouen. Er macht auf die Wichtigkeit der Diagnose des Leidens in früher Lebenszeit aufmerksam und fordert die sachgemäße Behandlung solcher geistig zurückgebliebenen Kinder, um ein späteres Verfallen in Dementia praecox zu verhüten.

Mita (180) hat 35 mit Depression bzw. mit Angst behaftete Kranke und 21 Kontrollpatienten untersucht und konnte unter den 35 erstgenannten 8 mal Glykosurie nachweisen. Allerdings war die Zuckermenge in allen Fällen im Urin sehr gering, 0,01 bis 1,05%. Die betreffenden Kranken zeigten im übrigen kein einziges der gewöhnlichen Symptome des Diabetes. Es handelte sich zweimal um hysterische psychopathische Konstitution, und zwar in dem einen Fall um paranoide und im anderen um affektiv-depressive Zustände, zweimal um Neurasthenie, von denen die eine nur von Depression, die andere außerdem von hypochondrischen Vorstellungen begleitet war, zweimal um zirkuläres Irresein und je einmal um Dipsomanie und Melancholie. Unter den 21 Kranken der zweiten Gruppe wurde nur einmal Zucker konstatiert; es handelte sich dabei um eine alkoholische psychopathische Konstitution. *Mita* glaubt bei den ersten 8 Fällen einen gewissen Zusammenhang annehmen zu müssen zwischen den beiden Erscheinungen, d. h. zwischen der Glykosurie und den Depressions- resp. Angstzuständen, unabhängig von der Grundkrankheit.

Von *Pilcz*' Lehrbuch (202) der speziellen Psychiatrie ist jetzt die dritte Auflage erschienen unter Berücksichtigung neuer Erfahrungstatsachen. Neu hinzugekommen ist die Besprechung der arteriosklerotischen Geistesstörungen.

Eva Reid (210) hat in ihrer Promotionsarbeit eine Menge Daten beigebracht zum Beweise dafür, daß die sogenannten großen Männer, Künstler, Dichter usw.



vielfach sich im Grenzgebiet zwischen Geistig-Normal und Geistig-Abnorm befinden. Sehr viele stammen aus Familien, in denen Geisteskrankheiten und schwere Nervenleiden en masse vorgekommen sind. Aber auch sehr viele von den Künstlern sind selbst geisteskrank. Die Manisch-depressiven stellen dazu das Hauptkontingent. Verf. bespricht ausführlich *De Quincey*, *Swift*, *John Keats*, die Geschwister *Lamb*, *Caleridge*, *Cowper*, *Ruskin*, *Robert Burns*, *Parkman* und *Edgar Poe*. Sie beschränkt sich auf die englische und amerikanische Literatur. Verf. schließt, daß solch literarischer Genius sich erst infolge seiner mehr oder weniger pathologischen Veranlagung zum literarischen Arbeiten entschließt. Er befindet sich meist im Widerspruch und Konflikt mit der Außenwelt und sucht sich daher in seinem Innern eine ihm passende Welt zu schaffen.

Schuppius (230) fand einen kiebitzeigroßen Tumor in der Hypophyse eines Kranken mit einer Psychose vom Typus eines katatonischen Erregungszustandes, die durch allerlei paranoide Vorstellungen eingeleitet wurde, und zunächst unter lebhaften Gesichts- und Gehörstäuschungen, später unter mehr katatonischen Symptomen, Bewegungsstereotypien usw. verlaufend, durch Erschöpfung zu Tode geführt hatte. *Sch.* glaubt nicht, daß der Tumor durch Druckwirkung die Psychose verursacht hat, sondern nur das auslösende Moment darstellte. Die erbliche Belastung war die Ursache der Psychose. Beweis dafür hätte man erbringen können, wenn nach Entfernung des Tumors die psychotischen Erscheinungen fortgedauert hätten.

Séglas und *Dubois* (231) wollen in drei Fällen von ängstlicher hypochondrischer Melancholie mit monatelangem monotonen Seufzen, Brüllen usw. dieses störende Verhalten als Stereotypie ansehen.

Stern (244) hat bei 40 hierhergehörigen Fällen in 75% einen perakuten Beginn ohne alle Vorboten konstatiert; bei 62% war die akute Psychose in 14 Tagen, bei 75% innerhalb eines Monats vorüber. Bei ausgeprägtem Stupor und Verwirrtheit stets Amnesie. Monatelanger Stupor gehört zu den Seltenheiten. Es handelt sich nicht um Katatonie; Verblödung tritt nicht ein. *Siemerling* schlägt die Bezeichnung Situationspsychose vor. Situationswechsel wirkt meist günstig, Situationsverschlechterung meist ungünstig. — *Stern* resümiert: Unter Situationspsychosen verstehe ich diejenigen psychogenen Psychosen, welche nicht nur ätiologisch durch das Auftreten in einer bestimmten Situation, sondern auch im Verlauf durch weitgehende Abhängigkeit von dieser Situation ausgezeichnet sind. Die Hervorhebung dieses exogenen Faktors rechtfertigt sich bei der Unmöglichkeit, bestimmte Reaktionstypen einzelner Konstitutionen zu eruieren. Für die im hysterischen Typ verlaufenden Stuporen und Verwirrtheitszustände empfiehlt sich die zusammenfassende Bezeichnung der hysterischen Situationspsychose. Diese ist namentlich unter den Erkrankungen in Untersuchungshaft häufig; sie nimmt oft das Bild einer katatonischen oder epileptischen Erkrankung an.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

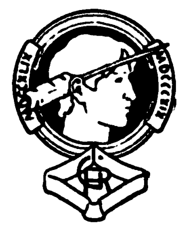
BONHOEFFER BERLIN — **v. GRASHEY** MÜNCHEN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

SIEBZIGSTER BAND

II. LITERATURHEFT



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1913

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1912

REDIGIERT

VON

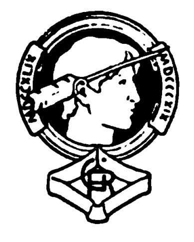
OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

II.

II. LITERATURHEFT

ZUM 70. BANDE
DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1913

6. Neurosen und Schilddrüsenerkrankungen.

Ref.: L. W. Weber-Chemnitz.

1. *Adamkiewicz, A.* (Wien), Über die Entartungsreaktion der sensiblen Nerven. Berl. klin. Wschr. Nr. 5, S. 207.
2. *Adler, Alfred* (Wien), Über den nervösen Charakter. Wiesbaden, J. Bergmann, 1912. (S. 227*.)
3. *Albers, Rudolf* (München), Zur Theorie der postepileptischen Albuminurie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 3, S. 361.
4. *Alexander* und *Unger*, Zur Behandlung schwerer Gesichtsneuralgien. Berl. klin. Wschr. 1913, Nr. 4. (S. 234*.)
5. *Ammann, A.* (Zürich), Die Brombehandlung der Epilepsie. Therapie d. Gegenw. S. 535.
6. *Aronsohn, O.* (Berlin), Die Hysterie als Kulturprodukt. Berl. klin. Wschr. Nr. 40. (S. 247*.)
7. *Ascher, B.*, Hysterische Kontraktur nach leichtem Unfall, Ausgang in Heilung. Ztschr. f. Versicherungsmed. Jahrg. 5, 1912, H. 8, S. 225.
8. *Aub, H.* (München), Zentrale Neurosen. Zentrale Galvanisation. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. 13, S. 511.
9. *Audebert, M.* (Toulouse), Epilepsie und Schwangerschaft. Künstlicher Abort. Ann. de Gyn. et d'Obst. April 1912.
10. *Auerbach, S.* (Frankfurt a. M.), Fazialislähmung in drei Generationen. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 4.
11. *Babinski, J.*, et *Dagnau-Bouveret, J.*, Émotion et Hystérie. Journ. de Psychol. vol. 9, p. 97.
12. *Barbé, A.*, La démence épileptique. Gaz. d. hôpit. no. 32, p. 453. (S. 241*.)
13. *Barham*, Two cases of „washinghand" mania with some observations on their etiology. (S. 232*.)
14. *Barham*, Insanity with myxoedema. Journ. of ment. science, April. (S. 251*.)





15. *Bauer*, *Julius* (Innsbruck), Zur Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 41, H. 1, S. 39. (S. 228*.)

16. *Bauer*, *J.* (Innsbruck), Die Herzstörungen bei endemischem Kropf. Deutsche med. Wschr. Nr. 42. (S. 251*.)

17. *Bayerthal* (Worms), Über den Erziehungsbegriff in der Neuro-Psychopathologie. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. II. Suppl., S. 379.

18. *Beaussart*, Impulsions chez un dégénéré, réactions délirantes d'origine alcoolique ou épilepsie larvée? Bull. de la soc. clin. de méd. ment. p. 84.

19. *v. Bechterew* (Petersburg), Was ist Psychoreflexie? Deutsche med. Wschr. Nr. 32. (S. 230*.)

20. *Becker* (Bremen), Die Behandlung von Lähmungen und trophoneurotischen Zuständen der Muskulatur durch ein neues elektrotherapeutisches Verfahren. Ztschr. f. physik. u. diätet. Therapie Bd. 16. (S. 234*.)

21. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Alte und neue Epilepsiebehandlungsmethoden. Fortschritte d. Med. Nr. 41, S. 1281. (S. 243*.)

22. *Benedek*, *L.* (Klausenburg), Die Behandlung der Schlaflosigkeit mit Luminal. Wien. klin. Wschr. Nr. 42, S. 1571. (S. 233*.)

23. *Benon*, *R.* (Nantes), Neurasthénie traumatique suivie de manie. Gaz. méd. de Nantes p. 641. (S. 229*.)

24. *Benon*, *R.* et *Bonvallet*, *P.* (Nantes), Ictus, épilepsie Jacksonnienne et asthénomanie. Ann. méd.-psychol. 1912, 70 année, no. 2, p. 149. (S. 237*.)

25. *Benthin*, *Walther* (Frankfurt a. M.), Blutzuckergehalt bei genital bedingten Blutungen und bei Psychoneurosen. Ztschr. f. Geburtsk. u. Gynäkol. Bd. 71, H. 3.

26. *Berger* und *Schwab*, *M.*, Die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen auf Struma und Morbus Basedowii (Sammelbericht). Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 28, S. 1097.

27. *Berger*, *Fr.* (Köln), Epileptische Krämpfe infolge Appendizitis. Med. Klinik 1912, Nr. 7, S. 278.

28. *Bernard*, *B.* (Godeshöhe), Zur Kasuistik der traumatischen Epilepsie. Psych.-neurol. Wschr. 1912, Jahrg. 13, Nr. 50, S. 503. (S. 238*.)



29. *Bernhard*, *Ludwig* (Berlin), Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik. 116 S. Berlin, J. Springer. (S. 228*.)

30. *Bernhardt*, *M.* (Berlin), Zur Pathologie der Fazialislähmung. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 15, S. 686.

31. *Bernheim* (Nancy), Aphasie motrice et agraphie, avec épilepsie jacksonnienne faciale gauche, d'origine syphilitique, durant un jour. Arch. de neurol. vol. II, 10 série, 34 année, 1912, no. 3, p. 137.

32. *Bernstein*, *St.* (Warschau), Ein Fall von Torsionskrampf. Wien. klin. Wschr. Nr. 42. (S. 246*.)

33. *Beyer*, *E.* (Zittau), Über auffallende Beeinflussung eines epileptischen Dämmerzustandes durch eine Leuchtgasvergiftung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XV. (S. 241*.)

34. *Bing*, *R.* (Basel), Neue Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Nervenkrankheiten (Sammelreferat). Med. Klinik Nr. 16, S. 659.

35. *Bing*, *Rob.* (Basel), Behandlung der Neuralgien. Med. Klinik 1912, Nr. 13, S. 532.

36. *Bing*, *Rob.* (Basel), Behandlung der Chorea minor. Med. Klinik 1912, Nr. 4, S. 117.

37. *Bing*, *Rob.* (Basel), Die Brombehandlung der Epilepsie. Med. Klinik 1912, Nr. 1, S. 21.

38. *Bing*, *R.*, und *Stierlin*, *E.* (Basel), Beobachtungen über psychoneurotische Störungen infolge der Eisenbahnkatastrophe zu Müllheim i. B. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 14, S. 882.

39. *Binswanger*, Über die Indikationen der Operation bei Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1575. (S. 243*.)

40. *Bircher*, *E.* (Aarau), Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basedowii. Zentralbl. f. Chir. 1912, Nr. 5.

41. *Blümcke* (Bethel), Krämpfe im Kindesalter. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger, Dezember 1912. (S. 236*.)

42. *Bolten* (Haag), Pathogenese und Therapie der genuinen Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXIII, H. 2. (S. 239*.)

43. *Bonazzi*, *O.*, Contributo sperimentale allo studio della suggestibilità nei frenastenici. Rivista di psicologia no. 5, p. 381.



44. *Bonhoeffer*, *K.* (Breslau), Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie und der endogenen Depressionen. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 1. (S. 232*.)

45. *Bonhomme*, *J.*, La mort par suffocation au cours de l'attaque d'épilepsie. Revue de méd. légale 19 an., no. 1, p. 1.

46. *Borchardt*, *L.*, Über das Blutbild bei Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion und seine Beziehungen zum Status lymphaticus. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1912, Bd. 106, H. 1 u. 2.

47. *Brandenstein*, *H. v.*, Basedow-Symptome bei Lungentuberkulose. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 39, S. 1840.

48. *Bregmann*, *L. E.*, Zur Kenntnis der Krampfzustände des jugendlichen Alters. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 14, S. 885. (S. 245*.)

49. *Bregmann*, *L. E.* (Warschau), Zur Kenntnis der mit Fieber verlaufenden Dermatoneurosen. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 7, S. 414.

50. *Briand*, La mort par suffocation dans l'épilepsie au cours d'attaques convulsives survenues dans le sommeil. Journ. de méd. de Paris 1912, no. 4.

51. *Broese* (Insterburg), Hysterie ohne ätiologisches Moment. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1912, Nr. 12. (S. 247*.)

52. *Bruns*, *L.*, *Cramer*, *A.*, *Ziehen*, *Th.*, Handbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. Berlin 1912, S. Karger. (S. 226*.)

53. *Bullard*, *W. N.*, The new era in neurology. Journ. of nervous and ment. disease vol. 39, no. 7, p. 433.

54. *Burzio*, *Fr.*, Accessi sonnambolici accompagnati da strabismo transitorio in un' isterica. Annali di frenatria e scienze affini 22, fasc. 2, p. 164.

55. *Buzzard*, The early diagnosis and treatment of epilepsy. The Lancet S. 1401. (S. 243*.)

56. *Camus*, *Jean*, Les équivalents psychiques de l'épilepsie. Paris médical no. 16, p. 381.

56a. *Cassirer*, Die vasamotorisch-trophischen Neurosen. Berlin, S. Karger. (S. 226*.)

57. *Cerletti*, Encephalitis bei Staupe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. 4. (S. 239*.)

58. *Chauvet*, *St.*, Epilepsie Bravais-Jacksonienne. Gaz. des hôpitaux no. 49. (S. 237*.)



59. *Claude, H.* (Paris), Le traitement opératoire de l'épilepsie. Revue de psych. no. 11, p. 442.

60. *Cramer, A.* (Göttingen), Die Begutachtung der nervösen Unfallerkrankungen sowie der nervösen Beamten. Deutsche med. Wschr. Nr. 12. (S. 229*.)

61. *Crocq, J.*, Somnambulisme diurne et nocturne, dédoublement de la personnalité, chutes comitiales. Guérison instantanée par la suggestion hypnotique. Journ. de neurol. no. 13, p. 241.

62. *Damaye, H.* (Bailleul), Étude d'un état de mal comitial, traitement; formule leucocytaire. L'écho médical du nord 28. IV. 1912. (S. 241*.)

63. *Damaye, H.*, L'agitation maniaque comitiale équivalente de l'état de mal. Le progrès médical no. 39, p. 475. (S. 241*.)

64. *Damaye, Henri* (Bailleul), Comparaison entre les psychoses toxiques et les troubles par épuisement mécanique des comitiaux. Ann. méd.-psychol. no. 6, juin, p. 661. (S. 241*.)

65. *Damaye, H.* (Bailleul), Quelques remarques sur l'épilepsie. Revue de psych. no. 5, p. 178. (S. 241*.)

66. *Damaye*, La forme maniaque de l'état de mal comitial. Le progrès médical 33. (S. 241*.)

67. *Dercum, F. X.*, Die medikamentöse Behandlung der Epilepsie. The therapeuth. Gazette 15. III. 1912.

68. *Devaux, M. A.* (Saint-Lizier), Traitement de l'épileps iepar l'acide borique. Ann. méd.-psychol. 1912, 70 année, no. 3, p. 301.

69. *Diefendorf, Allen Ross* (New-Haven), Mental symptoms of acute chorea. Journ. of nervous and mental disease vol. 39, no. 3, p. 161. (S. 244*.)

70. *Doberer*, Zur Technik und Kasuistik der Epilepsie-Operationen. Wien. klin. Wschr. 1912, Nr. 10.

71. *Dölger, R.* (Frankfurt a. M.), Hysterische (funktionelle) absolute Taubheit beiderseits (vollkommene Anästhesie des N. acusticus mit Hypästhesie des N. vestibularis). Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 36, S. 1696. (S. 248*.)

72. *Dollinger*, Die Behandlung der Trigeminusneuralgien mit den *Schlösser*schen Alkoholinjektionen. Deutsche med. Wschr. Nr. 7. (S. 234*.)

73. *Donath*, *J.* (Budapest), Über Ereuthophobie (Errötungsfurcht). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 3, S. 352.

74. *Dornblüth*, *O.* (Wiesbaden), Die Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. 92 S. 2,40 M. Leipzig 1912, Veit u. Komp. (S. 233*.)

75. *Dorner* (Dorsten i. W.), Über den Status epilepticus und seine Bekämpfung mit hohen Dosen von Atropinum sulfuricum. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 69. (S. 243*.)

76. *Dreyer*, Traumatische Neurasthenie und Gicht. Mtschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. 1912, Nr. 3.

77. *Ducosté* et *Poury*, Ostéômes de la dure mère chez un épileptique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. p. 97.

78. *Dyrenfurth*, *F.* (Berlin), Zum Kapitel des traumatischen Morbus Basedow. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 2208. (S. 249*.)

79. *Eckert*, *P.* (Hannover), Hysterische Zustände durch kalorische Insulte. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1912, Nr. 13. (S. 248*.)

80. *Engelhorn*, *Ernst*, Schilddrüse und weibliche Geschlechtsorgane. 37 S. Habilitationsschr. Erlangen 1912. Univ.-Buchdr. Junge u. Sohn, Erlangen. (S. 249*.)

81. *Erben*, *Siegm.* (Wien), Diagnostische Erörterungen über Schwindel. Med. Klinik Nr. 26, S. 1064. (S. 256*.)

82. *Erben*, *S.* (Wien), Diagnose der Simulation nervöser Symptome. 194 S. 7 M. Berlin-Wien 1912, Urban u. Schwarzenberg. (S. 228*.)

83. *Erben*, *S.* (Wien), Differentialdiagnose der Schmerzen im Bein. Wien. klin. Wschr. 1912, Nr. 17.

84. *Finckh*, *J.* (Berlin), Die Nervenkrankheiten, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. IV. umgearb. Auflage, 51 S. 1,40 M. München 1912, Otto Gmelin.

85. *Flatau*, *E.* (Warschau), Die Migräne. 12 M. Berlin 1912, Julius Springer. (S. 230*.)

86. *Flatau*, *G.* (Berlin), Paralysis agitans nach einem psychischen Trauma. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1912, Nr. 9, S. 174.

87. *Flatau*, *G.* (Dresden), Über den *Ganser*schen Symptomenkomplex. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (S. 248*.)

88. *Flatau*, *G.* (Berlin), Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. Leipzig, B. Konegen. (S. 228*.)



89. *Fornaca, G.*, Un caso di malattia di *Oppenheim.* Rivista Veneta di scienze mediche 1912, anno XXIX, fasc. 1. (S. 231*.)

90. *Frank, L.* (Zürich), Über Angstneurosen und das Stottern. 20 S. Zürich, O. Füßli.

91. *Freud* (Wien), Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 2. Folge. 2. Auflage. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. (S. 232*.)

92. *Friedmann, M.* (Mannheim), Zur Kenntnis der gehäuften nicht-epileptischen Absencen im Kindesalter. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 9, H. 2, S. 245. (S. 236*.)

93. *Gallus*, Die allgemeinen Ursachen der Anfallshäufungen innerhalb größerer Gruppen von Kranken. Epilepsia 1912.

94. *Gurewitsch* (Buraschewo), Zur Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. 3. (S. 241*.)

95. *di Gaspero, H.* (Graz), Hysterische Lähmungen. Studium über ihre Pathophysiologie und Klinik. 174 S. 8,50 M. Berlin, J. Springer. (S. 248*.)

96. *Gelman*, Die Hypnose in der Land- und Fabrikarbeiterpraxis. Wratschelnaja Gazetta 1912, no. 2 (russisch). (S. 233*.)

97. *Glaser, O.* (Wien), Zur Kenntnis der traumatischen Porenzephalie mit Epilepsie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 2—3, S. 292. (S. 238*.)

98. *Goett, Th.*, Psychogene Akinesie auf Grund einer schweren Neurose im Kindesalter. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. IV, H. 3, S. 231. (S. 231*.)

99. *Goldmann*, Ein Fall von akutem Somnambulismus infolge eines periostitisch erkrankten Zahnes. Wien. klin. Wschr. Nr. 34.

100. *Goudberg, A.* (Maastricht), Über den Einfluß von Krämpfen auf die Harnsäureausscheidung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 4, S. 487. (S. 237*.)

101. *Gray, Th.*, and *Parsons, L.*, The mechanism and treatment of shok. The Brit. med. journ. (S. 226*.)

102. *Grinstein, A. M.*, Zur Hämatologie der Basedowschen Krankheit. Korsakowsches Journ. f. Neuropath. u. Psych. 1912, H. 2—3 (russisch). (S. 250*.)



103. *Grober*, *J.* (Jena), Die Behandlung der Chorea minor. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 18, S. 833. (S. 245*.)

104. *Gurewitsch*, *M.* (Buraschewo), Zur Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. IX, H. 3, S. 359. (S. 241*.)

105. *Haenel*, *H.* (Dresden), Traumatische Hysterie. Fortschritte d. Med. S. 65. (S. 248*.)

106. *Hahn*, *R.* (Hohenweitzschen), Über die Sterblichkeit, die Todesursachen und die Sektionsbefunde bei Epileptikern. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 811.

107. *Halbey*, *K.* (Ückermünde), Die choreatischen Psychosen. VI. Jahresbericht der Heilanstalt Ueckermünde. (S. 244*.)

108. *Halbey*, *K.* (Ueckermünde), Asphygmia alternans. Ein neues Pulsphänomen auf hystero-neurasthenischer Basis. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 8, S. 487.

109. *Hallager* (Aarhus), Über die postparoxysmale Albuminurie und Polyurie der Epileptiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 3, S. 297. (S. 240*.)

110. *Hamburger*, *F.* (Wien), Mechanismus psychogener Erkrankungen bei Kindern. Wien. klin. Wschr. Nr. 45.

111. *Harris*, Alkoholinjektion of the Gasserian ganglion for trigeminal neuralgia. The Lancet. (S. 234*.)

112. *Hartenberg*, *Paul*, Traitement des neurasthéniques. 346 P. 3,50 Frs. Paris, Alcan.

113. *Haškovec* und *Basta*, Zur Frage der Neuroglia der markhaltigen peripheren Nerven mit besonderer Berücksichtigung der Paralysis agitans. Neurol. Zentralbl. Nr. 22. (S. 245*.)

114. *Hatiegan*, *J.* (Kolozsvar), Über das Blutbild bei Struma und Morbus Basedowii. Wien. klin. Wschr. Nr. 39. (S. 250*.)

115. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Luminal bei Epilepsie. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 35, S. 1907. (S. 243*.)

116. *Heilig*, *G.*, und *Steiner*, *G.* (Straßburg), Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der genuinen Epilepsie. Untersuchungen an 567 Soldaten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. [illegible] H. 5, S. 582. (S. 238*.)

117. *Heilig*, Dienstanweisung und Epilepsie. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1912.



118. *Heinicke*, Zur Kasuistik der nervös bedingten Sekretionsanomalie: Ein Fall von „sein hystérique der Franzosen". Neurol. Zentralbl Nr. 13.

119. *Herz*, *Max* (Wien), Zwischen Herzneurose und Arteriosklerose. Med. Klinik Nr. 21. (S. 232*.)

120. *Heynold*, *W.*, Klinische Beiträge zur Frage nach dem Zusammenhang von „traumatischer Neurose" mit degenerativer Disposition. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1912, H. 6, S. 109. Inaug.-Diss. Greifswald 1912.

121. *Hoepener*, *Th.*, Stottern als assoziative Aphasie. Einführung in eine psychologische Betrachtungsweise. Ztschr. f. Pathopsychologie Bd. I, H. 2—3, S. 448.

122. *Hooton*, *W. H.*, Röntgenbehandlung bei Morbus Basedowii. Brit. med. Journ. 8. VI. 12.

123. *Huc*, *A.*, Nevrose et mysticisme. Sainte Thérèse relève - t - elle de la pathologie? Revue de philosophie no. 8, p. 128.

124. *Hufnagel*, *V.*, Basedowsche Erkrankung im Kindesalter und Skrofulose. Hanau-Kesselstadt, J. C. Kittsteiner. (S. 250*.)

125. *Hufnagel*, *V.*, Über Schilddrüsenerkrankungen auf tuberkulöser Grundlage bei Einstellungsuntersuchungen. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 25, S. 1377.

126. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen Bd. III, II. Hälfte; Bd. IV, I. Hälfte. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. (S. 232*.)

127. *Jendrássik*, *E.* (Budapest), Zur Ätiologie der rheumatischen Fazialislähmung. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 12, S. 751.

128. *Jödicke*, *P.* (Stettin), Der Status epilepticus. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 19, S. 884. (S. 243*.)

129. *Jödicke*, *P.* (Stettin), Über Zebromal, ein neues Antiepileptikum. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 7, S. 354.

130. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Epilepsie nach Unfall durch elektrischen Starkstrom. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 26, S. 1433. (S. 239*.)

131. *Jones*, *Ernst* (Toronto), Einige Fälle von Zwangsneurose. Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen Bd. 4, S. 563.



132. *Illoway*, Ein Fall von hysterischer Darmparalyse (Paralysis intestinalis) von seltener Form. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 18, H. 3.

133. *Ito*, Beitrag zur operativen Behandlung der genuinen allgemeinen Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Chir. S. 489.

134. *Kanngießer* (Braunfels), Zur Pathographie der julischen Dynastie. Wien. klin. Wschr. Nr. 2.

135. *Kanngießer* (Braunfels), War Napoleon Epileptiker? Prag. med. Wschr. (S. 236*.)

136. *Kannabich, J.W.*, Hysterozyklothymie nebst einigen Bemerkungen über Selbstmord. Psychotherapia 1912 (russisch). (S. 247*.)

137. *Kaufmann*, *Friedrich*, Über Basedow und Myxödem, speziell die frustrane inkomplette Form der Hypothyreose. Inaug.-Diss. Leipzig 1912.

138. *Kempner*, *Georg* (Warschau), Über die Ausscheidung von Aminostickstoff im Harne bei Krampfanfällen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. XI, H. 3 u. 4, S. 482.

139. *v. Kétly*, *K.*, Bemerkungen zur Ätiologie der rheumatischen Fazialislähmung. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 106, H. 3—4.

140. *Kino* (Hohe Mark), Luminalwirkung bei Epilepsie. Therapie der Gegenwart Nr. 9.

141. *Klieneberger* (Königsberg), Über Narkolepsie. Berl. klin. Wschr. (S. 236*.)

142. *Klose*, *H.*, *Liesegang*, *R. E.*, *Lampé*, *A. E.*, Die Basedowsche Krankheit. v. Brunsche Beiträge z. klin. Chir. Bd. 77, H. 3.

143. *Kocher*, *Albert* (Bern), Die histologische und chemische Veränderung der Schilddrüse bei Morbus Basedowii und ihre Beziehung zur Funktion der Drüse. Virch. Arch. Bd. 208, H. 1.

144. *Kocher*, *Th.*, Über Kropf und Kropfbehandlung. Deutsche med. Wschr. Nr. 27, S. 1265.

145. *Kocher*, *A.* (Bern), Die histologische und chemische Veränderung der Schilddrüse bei Morbus Basedowii und ihre Beziehung zur Funktion der Drüse. Virch. Arch. Bd. 208. (S. 249*.)

146. *Kolb* (Heidelberg), Über Intestinalerscheinungen bei Basedow-

scher Krankheit und die Schwierigkeit der Diagnose. Münch. med. Wschr. Nr. 49. (S. 249*.)

147. *König*, *H.* (Kiel), Zur Psychopathologie der Paralysis agitans. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 1, S. 285. (S. 245*.)

148. *Kollarits* (Budapest), Charakter uud Nervosität. Berlin 1912, J. Springer. (S. 227*.)

149. *Kranz*, *Peter*, Schilddrüse und Zähne. Deutsche Mtschr. f. Zahnheilk.

150. *Krasser*, *Karl* (Klosterneuburg), Vermutungen über die Pathogenese der genuinen Epilepsie und wissenschaftliche Grundlagen. Wien. klin. Rundsch. Nr. 22, S. 338. (S. 237*.)

151. *Krasser*, *K.* (Klosterneuburg), Studien zur Eklampsiefrage. Wien. klin. Rundsch. Nr. 9.

152. *Krecke*, *A.* (München), Sind Begriff und Name der Basedowschen Krankheit beizubehalten? Med. Klinik Nr. 7, S. 268.

153. *Kreiß* (Mainz), Über hereditären Tremor. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 44, H. 1 u. 2.

154. *Krukowski*, *G.* (Warschau), Ein Fall von Paralysis agitans im jugendlichen Alter. Neurol. Zentralbl. Nr. 22. (S. 245*.)

155. *Kuttner*, *L.* (Berlin), Über nervöses Erbrechen. Med. Klinik Nr. 20, S. 809. (S. 231*.)

156. *Laache*, *S.* (Christiania), Die Vertigo, ihre Pathologie und Therapie. Beihefte z. med. Klinik Jahrg. 8, H. 4. (S. 246*.)

157. *Lampé*, *A. E.* (Halle), Die Blutveränderungen bei Morbus Basedowii im Lichte neuerer Forschung. Deutsche med. Wschr. Nr. 24, S. 1127. (S. 250*.)

158. *Lange*, *Fr.* (München), Die Entbindungslähmung des Armes. Münch. med. Wschr. S. 1421. (S. 230*.)

159. *Langelaan*, *J. W.* (Amsterdam), Über die unvollkommen entwickelten Fälle der Basedowschen Krankheit. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 9, S. 546. (S. 249*.)

160. *Latapie* et *Cier*, *M.* (Nantes), De l'importance de l'aura psychique dans le déterminisme des actes impulsifs commis en période crépusculaire. Ann. méd.-psychol. 70 année, no. 1, p. 33. (S. 241*.)

161. *Lewandowsky*, *M.* (Berlin), Praktische Neurologie für Ärzte. 300 S. 6,80 M. Berlin, Julius Springer. (S. 225*.)



162. *Liepmann*, *H.* (Berlin), Die Beurteilung psychopathischer Konstitutionen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 5.

163. *Lißmann* (München), Zur Behandlung der sexuellen Impotenz. Münch. med. Wschr. Nr. 24, S. 1313. (S. 234*.)

164. *Lobenhoffer* (Würzburg), Die Verbreitung des Kropfes in Unterfranken. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24, H. 3. (S. 251*.)

165. *Loewy*, *A.*, und *Sommerfeld*, *P.* (Berlin), Untersuchungen an einem Fall von kindlichem Myxödem. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 16, S. 754. (S. 251*.)

166. *Lundborg*, *H.* (Upsala), Der Erbgang der progressiven Myoklonus-Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. IX, H. 3, S. 353. (S. 238*.)

167. *Lundborg*, *H.* (Upsala), Mehrere Fälle von Paralysis agitans in einem schwedischen Bauerngeschlecht. Neurol. Zentralbl. Nr. 4. (S. 245*.)

168. *Mackintosh*, *St.*, Arrest of severe epilepsy in a child aged four. The British med. journ. 883. (S. 239*.)

169. *Maier*, *H. W.* (Zürich), Versuche mit einer neuen Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost (*Fedo-Roche*). Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 36, S. 1950.

170. *Maier*, *L.*, Einfluß des Milieuwechsels auf die Frequenz epileptischer Anfälle bei Kindern. Inaug.-Diss. München 1912.

171. *Malaisé*, *O.* (München), Diagnostische Wertung halbseitiger Krämpfe. Münch. med. Wschr. Nr. 2. (S. 239*.)

172. *Marchand*, *L.* (Charenton), Rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie. Gaz. d. hôp. no. 86, p. 1235. (S. 236*.)

173. *Marcinowski*, *J.* (Sielbeck), Der Mut zu sich selbst. Das Seelenleben des Nervösen und seine Heilung. 400 S. 6 M. Berlin, O. Salle. (S. 227*.)

174. *Marcinowski*, *J.*, Im Kampf um gesunde Nerven. Ein Wegweiser zum Verständnis und zur Heilung nervöser Zustände. 4. Aufl. 150 S. 2 M. Berlin 1911, O. Salle. (S. 227*.)

175. *Marcuse*, *M.* (Berlin), Ein Fall von vielfach komplizierter Sexualperversion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. IX, H. 3, S. 269.

176. *May*, *O.* (London), Die funktionellen und histologischen Wir-



kungen von Alkoholinjektionen in Nerven und Ganglien. Brit. med. journ. 31. VIII., no. 2596.

177. *Medea*, *E.*, und *Bossi*, *P.*, Über eine einfache praktische Methode, in einem Nervenstamme die motorischen Nervenfasern für einzelne Muskeln zu isolieren (einige gute Erfolge der partiellen Resektion der motorischen Nerven bei der Athetosis). Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 689.

178. *Meumann*, *Erich*, Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Leipzig 1912.

179. *Meyer*, *Max* (Straßburg), Zur Frage der Toxizität des Blutes genuiner Epileptiker. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, H. 1, S. 56.

180. *Meyer*, *Karl*, Die Basedowerkrankungen der medizinischen Klinik zu Leipzig im Verlaufe der letzten 20 Jahre. Inaug.-Diss. Leipzig 1912.

181. *Meyer*, *E.*, und *Puppe*, *G.* (Königsberg), Über gegenseitige Anziehung und Beeinflussung psychopathischer Persönlichkeiten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 1912, Bd. 43, H. 1, S. 84.

182. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Die Behandlung der Schlaflosigkeit. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 37, S. 1721. (S. 233*.)

183. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Epilepsie und Trauma. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 25, S. 1211. (S. 238*.)

184. *Meyer*, *A. W.* (Heidelberg), Über die Leistungen der chirurgischen Behandlung bei der Basedowschen Krankheit. Med. Klinik 1912, Nr. 21, S. 862. (S. 250*.)

185. *Mitchell*, *S. Weir*, The medical treatment of epilepsy. Therap. Gazette p. 153.

186. *Monisset*, *F.*, et *Gaté*, *J.*, Troubles psychiques, hystéro-épileptiques chez un cardiaque. Revue de méd. no. 6, 10. juin, p. 428.

187. *Montanus*, *Leo*, Aus dem Tagebuch einer hysterischen Nonne, oder „Wie das Wundermädchen Klara Moes Luxemburger Bischöfe stürzte und auf den Thron brachte“. 95 S. 1,50 M. Frankfurt a. M., Neuer Frankfurter Verlag. (S. 248*.)

188. *Morselli*, *E.*, Le Neurosi traumatiche con particolare riguardo



alle forme indennizzabili. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. 38, p. 27.

189. *Morselli, A.* (Genua), Sulla natura dell' isterismo. Rivista Sperimentale di Freniatria 1912, vol. 38, p. 134. (S. 247*.)

190. *Müller de la Fuente*, Ein Versuch zur Erklärung hysterischer Disposition. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 13. ((S. 247*.)

191. *Müller, A.* (M.-Gladbach), Nochmals der muskuläre Kopfschmerz. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 44. (S. 229*.)

192. *Munson, J. F.*, Public Care for the Epileptic. Epilepsia 1912.

193. *Murri, Augusto*, Über die traumatischen Neurosen. Jena, G. Fischer. (S. 229*.)

194. *Näcke*, Atypische Paralyse mit echt epileptischen Krämpfen u. Korsakoff. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 2. (S. 241*.)

195. *Näcke, P.* (Hubertusburg), Das Schicksal der isoliert auftretenden Parästhesien im Gebiet des N. cutaneus femoris externus und über momentanes Heißwerden der Extremitäten. Neurol. Zentralbl. Nr. 8, S. 495.

196. *Neiding, M.* (Odessa), Ein Fall von Polyneuritis mit motorischen Reizsymptomen. Psych.-neurol. Wschr. 1912/13, Jahrg. 14, Nr. 6, S. 61.

197. *Nemenow, M. J.*, Über die Röntgenbehandlung bei der Basedowschen Krankheit. Russki Wratsch 1912, no. 38. (S. 250*.)

198. *Neumeister* (Stettin), Zur Kasuistik der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 383.

199. *Neurath, R.* (Wien), Paralytische Äquivalente der Kinderepilepsie. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 5, H. 1, S. 64. (S. 240*.)

200. *Neurath, R.* (Wien), Die Rolle des Scharlachs in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 1912, S. 103.

201. *Nodop, H.*, Über hereditären Nystagmus. Inaug.-Diss. Leipzig 1912.

202. *Noehte* (Halle a. S.), Zur Kasuistik und Behandlung des Schreibkrampfs. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 29, S. 1369. (S. 246*.)

203. *v. Noorden, C.*, Über neurogenen Diabetes. Med. Klinik 1912, Nr. 1, S. 1.



204. *Orlowski*, *P.* (Berlin), Der präneurotische Urin. Ztschr. f. Urolog. Bd. VI, H. 7.

205. *Oswald*, *A.*, Morbus Basedow. Schweizer Korresp.-Bl. Nr. 30. (S. 249*.)

206. *Otto*, *E.* (Jena), Zur Umfrage über die Behandlung des Morbus Basedowii. Med. Klinik Nr. 24, S. 991.

207. *Pappenheim*, *M.*, Über Dipsomanie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. Bd. XI, H. 3/4, S. 333. (S. 235*.)

208. *Payson-Call*, *A.*, Kraftvolle Lebensgestaltung. Berlin, O. Salle. (S. 228*.)

209. *Payan* et *Mattei*, La Chorée de Sydenham. Gaz. d. hôp. p. 1825. (S. 244*.)

210. *Pfeifer*, *B.* (Halle), Weitere Erfahrungen über Hirnpunktionen bei Fällen von Hirntumoren und Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 1 u. 2, S. 61.

211. *Porosz*, *M.* (Budapest), Die sexuelle Neurasthenie. Ztschr. f. Urologie Bd. 6, H. 1.

212. *Pototzky*, *C.*, Zur Hydrotherapie der nervösen Schlaflosigkeit. Ztschr. f. physik. u. diätet. Therapie Bd. XVI, Juli 1912. (S. 233*.)

213. *Pulawski*, *A.*, Chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Wien. klin. Wschr. 12, Nr. 25.

214. *Pulawski*, *A.* (Warschau), Jod und Thyreoidin als Ursache der Basedowkrankheit bei Kropfbehandlung. Med. Klinik Nr. 30, S. 1235.

215. *Quensel*, *F. W.* (Leipzig), Paralysis agitans und Trauma. Med. Klinik 1912, Nr. 18, S. 753.

216. *Ratner* (Wiesbaden), Die unorganischen Erkrankungen des Nervensystems und die moderne serologische Forschung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 28, 34, 35, 48. (S. 230*.)

217. *Redlich* und *Binswanger*, Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. Referate, erstattet auf der Tagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Hamburg 1912. 146 S. 6 M. Berlin 1913, S. Karger. (S. 235*.)

218. *Rehn* (Jena), Zur Operation der traumatischen Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1578. (S. 243*.)



219. *Rheins* (Neuß), Über die Nervosität unserer Zeit. Med. Klinik 1912, Nr. 30, S. 1255.

220. *Riedel*, *B.* (Jena), Die Frühoperation bei Morbus Basedowii. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 28, S. 1532.

221. *Roemheld*, Der gastrokardiale Symptomenkomplex, eine besondere Form der Herzneurose. Ztschr. f. physik. u. diätet. Therapie, Juni 1912.

222. *Rogue*, *G.*, Les troubles psychiques d'origine thycroïdienne. Le progrès médical no. 29, 20. juillet, p. 354.

223. *Rohde*, *M.* (Zehlendorf-Berlin), Zur Genese von „Anfällen" und diesen nahestehenden Zuständen bei sogenannten Nervösen. Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Psych. Bd. X, H. 4/5, S. 473. (S. 231*.)

224. *Rohde*, *Max* (Zehlendorf), Über Phobien, besonders Platzangst, ihr Wesen und ihre Beziehungen zu den Zwangsvorstellungen. Med. Klinik Nr. 51, S. 2062; Nr. 52, S. 2098. (S. 232*.)

225. *Rosanoff*, *A. J.*, The inheritance of the neuropathic constitution. Journ. of the Americ. med. association vol. 58, p. 1266—1269.

226. *Roux*, *J. Ch.*, Histerismo digestivo. Gaceta médica del norte 1912, no. 208. (S. 248*.)

227. *Ruch*, *F.* (Vevey), De quelques avatars de la neurasthénie et de son traitement moral. Préface du Dr. Auclair, Paris. 134 P. Paris, A. Malvine. (S. 234*.)

228. *Rudnitzky*, *N.* M. (Charkow), Neurasthenie und Tuberkulose. Ein Versuch, aus dem modernen Begriff der Neurasthenie eine Krankheitsform organischen Ursprungs auszuscheiden. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 1, S. 78. (S. 232*.)

229. *Saaler*, Eine Hysterie-Analyse und ihre Lehren. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 866.

230. *Sahli*, *H.* (Bern), Über den neurologischen Unterricht an den schweizerischen Universitäten. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 6. (S. 228*.)

231. *Sachow*, *A. A.*, Zwei Fälle von Epilepsie verbunden mit der *Bechterew*schen Wirbelsäuleversteifung.

232. *Sainton* und *Chirag* (Paris), Epilepsie bei epidemischer Genickstarre. Berl. klin. Wschr. Nr. 17. (S. 239*.)



233. *Salgrés*, Accès dépressifs avec idées et hallucinations obsédantes. Voyage de Norvège à Paris et auto-denonciation. Bul. de la soc. clin. de méd. ment. p. 166.

234. *Salinger*, *Julius* (Berlin), Salvarsan bei Chorea minor. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 25, S. 1376. (S. 245*.)

235. *Santenoise* et *Hamel*, Note sur un cas d'épilepsie tardive. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 242.

236. *Sgalitzer*, *M*. (Wien), Ein Fall von hysterischer Selbstverstümmelung. Wien. klin. Wschr. 1912, Nr. 3.

237. *Shanahan*, *W. T*., Die medimentöse Behandlung der Epilepsie. The therap. Gazette 15. III. 1912.

238. *Singer*, *K*. (Berlin), Epilepsiefragen. (Zur Geschichte, Anatomie und Pathogenese des Morbus sacer.) Med. Klinik 1912, Nr. 15, S. 620. (S. 237*.)

239. *Singer*, *K*. (Berlin), Die Ulnaris-Lähmung. 130 S. 4 M. Berlin, S. Karger. (S. 231*.)

240. *Sioli*, *Fr*., Ein Fall von Gehirnverletzung im epileptischen Anfall. Mit 2 Textfiguren. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 2, S. 177. (S. 240*.)

241. *Skliar*, *N*. (Tambow), Zum Wesen der Hysterie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 3, S. 325. (S. 247*.)

242. *Spangler*, *R. H*., The Crotalin Treatment of Epilepsy. New York Medical Journal no. 11, 14. September.

243. *Sicard*, *J.-A*., et *Gutmann*, *R*., Autohémathérapie et épilepsie Études des réactions hémolytiques. Bull. et mémoires de la soc. méd. d. hôp. de Paris no. 26, p. 192.

244. *Szametz* (Vilbel), Salvarsan bei Chorea minor. Münch. med. Wschr. Nr. 43. (S. 245*.)

245. *Schilder*, *Paul* (Leipzig), Über Chorea und Athetose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. XI, H. 1 u. 2, S. 25 u. 47.

246. *Schlesinger* (Wien), Meine Erfahrungen über den akuten Morbus Basedowii. Therapie d. Gegenwart. (S. 249*.)

247. *Schofield*, *A. T*., und *Lisle*, *R. M*., Psychasthenie. British med. Journal, 23. novembre.

248. *Schönfeld*, *A*. (Brünn), Zur Kenntnis der hysterischen kortikalen



motorischen Aphasie mit Amnesie, Alexie und Agraphie. Wien. klin. Wschr. 1912, Nr. 30. (S. 247*.)

249. *v. Schrenck-Notzing* (München), Die Phänomene des Mediums Linda Gazerra. Mit 13 Originalblitzlichtaufnahmen. 1,50 M. Leipzig 1912, Oswald Mutze.

250. *Schultze, E.* (Greifswald), Über Unfallneurosen und die Mitwirkung des Arztes bei deren Bekämpfung. Deutsche med. Wschr. Nr. 47/48, S. 2204. (S. 229*.)

251. *Schultze, F.*, und *Stursberg, H.* (Bonn), Erfahrungen über Neurosen nach Unfall. 57 S. 1,80 M. Wiesbaden 1912, J. F. Bergmann. (S. 228*.)

252. *Schulze, Fr.* (Frankfurt a. M.), Zur Klinik und Behandlung der Basedowschen Krankheit. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 13. (S. 250*.)

253. *Schultze, E.* (Greifswald), Krankhafter Wandertrieb, räumlich beschränkte Taubheit für bestimmte Töne und „tertiäre" Empfindungen bei einem Psychopathen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. X, H. 4 u. 5, S. 399.

254. *Schuppius* (Rostock), Über Schreibstörungen bei Epileptikern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 2, S. 224. (S. 240*.)

255. *Schuppius* (Rostock), Zur Kenntnis der Intelligenzstörung bei der chronischen progressiven Chorea. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 3, S. 386.

256. *Steenbeck, Wilh.*, Über Hysterie vom versicherungsrechtlichen Standpunkt. Inaug.-Diss. Bonn 1912.

257. *Steffen, H.*, Die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. Inaug.-Diss. Zürich.

258. *Stekel, W.* (Wien), Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. II. vermehrte und verbesserte Auflage. 448 S. 15 M. Wien 1912, Urban u. Schwarzenberg. (S. 226*.)

259. *Stern, H.* (New York), Temperaturerhöhung bei Hyperthyreoidismus. Berl. klin. Wschr. Nr. 12, S. 542.

260. *Steyerthal, A.* (Kleinen a. M.), Hysterie und Praxis. Med. Klinik 1912, Nr. 31, S. 1267. (S. 246*.)

261. *Steyerthal* (Kleinen), Die Stigmata Diaboli. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 53. (S. 246*.)



262. *Stewart Mackintosh, J.*, Epilepsie im Kindesalter. Brit. med. Journal 20. IV. 1912.

263. *Stiefler* (Linz), Über einen Fall von primärer symmetrischer Brachialplexusneuritis als Symptom einer Spätsyphilis. Wien. klin. Wschr. 52. (S. 231*.)

264. *Stoffel, A.*, Neue Wege und Erfolge der Behandlung spastischer Zustände. Therapeutische Monatshefte, Dezember. (S. 234*.)

265. *Stransky, E.* (Wien), Zur Kenntnis der Epilepsie mit Herderscheinungen. Epilepsia vol. 8, p. 140. (S. 240*.)

266. *Strohmayer, W.* (Jena), Kinderhysterie mit schweren Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 4 u. 5, S. 599.

266a. *Suchow*, Zwei Fälle von Epilepsie verbunden mit der *Bechterew*schen Wirbelsäulenversteifung. Obosrenje Psychiatrii 1912, H. 5 (russisch). (S. 240*.)

267. *Taylor, W. J.*, Die operative Behandlung der Epilepsie. The therapeut. Gazette 15. III. 1912.

268. *Tsiminakis* und *Zografides* (Athen), Zur Ätiologie und Therapie der Epilepsie. Wien. klin. Wschr. Nr. 40. (S. 239*.)

269. *Tintemann, W.* (Göttingen), Stoffwechseluntersuchungen an Kranken mit epileptischen und epileptiformen Krampfanfällen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 1, S. 1. (S. 237*.)

270. *Tobias, E.* (Berlin), Über myasthenische Paralyse und ihre Beziehungen zu den Drüsen mit innerer Sekretion. Neurol. Zentralbl. Nr. 9, S. 551. (S. 251*.)

271. *Todde, Carlo* (Cagliari), Contributo clinico alla topographia dei disturbi sensitivi nella lepra nervosa. Rivista Ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia vol. 5, fasc. 9.

272. *Toulouse, E.*, et *Piéron, H.* (Villejuif), Mécanisme de la rétention du brome dans l'hypochloruration. Revue de psych. no. 10, p. 398. (S. 242*.)

273. *Trazier, Ch. H.*, Persönliche Beobachtungen und Schlußfolgerungen bzw. Pathogenese und chirurgische Behandlung der Epilepsie auf Grund von 63 Fällen. The therapeut. Gazette 15. III. 1912.



274. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Zahn- und Nervenleiden in ihrem Zusammenhang. Deutsche Mtschr. f. Zahnheilk. H. 4, S. 248. (S. 231*.)

275. *Trömner*, *Ernst* (Hamburg), Das Problem des Schlafes. Wiesbaden, J. Bergmann. (S. 226*.)

276. *Trotter*, *W.* (London), Die operative Behandlung der Basedowschen Krankheit. Lancet no. 4619.

277. *Tschish*, *J. T.*, Die Angst vor der zunehmenden Geschwindigkeit. Obosrenje psychiatrii 1912, H. 1 (russisch). (S. 233*.)

278. *Ulrich*, *A.* (Zürich), Mitteilungen über fünfjährige Erfahrungen der Epilepsiebehandlung bei salzarmer Kost. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1947. (S. 242*.)

279. *Ulrich*, *A.* (Zürich), Die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. Epilepsia vol. IV. (S. 242*.)

280. *Ulrich*, *Martha* (Berlin), Beiträge zur Ätiologie und zur klinischen Stellung der Migräne. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, Ergänzungsheft, S. 134. (S. 230*.)

281. *Veit*, *J.*, Die Eklampsie und ihre Behandlung. Berl. klin. Wschr. Nr. 4. (S. 243*.)

282. *Veraguth*, *O.* (Zürich), Zum Problem der traumatischen Neurosen Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 1912, H. 3, S. 64. (S. 229*.)

283. *Vigouroux* et *Prince*, Alcoolisme chronique et épilepsie. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 5. an., no. 1, p. 30.

284. *Volland* (Bethel), Beiträge zur Kasuistik der unsteten, affektepileptischen Psycho- und Neuropathen (*Bratz*) und der psychasthenischen Krämpfe (*Oppenheim*). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 4, S. 522.

285. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Die Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 32, S. 1699. (S. 235*.)

286. *Weber*, *M.* (Brünn), *Huntington*sche Chorea. Prag. med. Wschr. Nr. 20—22. (S. 245*.)

287. *Weber*, *F. P.* (London), Über die Verbindung von Hysterie mit Täuschungssucht und die phylogenetische Auffassung der Hysterie als eine pathologische Steigerung (oder Erkrankung) tertiärer (nervöser) Geschlechtscharaktere. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 24, H. 1, S. 63. (S. 247*.)



288. *Weber*, *F. P.*, Two strange cases of functional disorder, with remarks on the association of hysteria and malingering. International Clinics vol. I, 22 series.

289. *Weeks*, *D. W.* (Skillmann N. J.), What New Jersey is doing for the epileptic. Arch. of Ped. 1912, p. 303.

290. *Weeks*, *D. F.*, The heredity of epilepsy analyzed by the mendelian method. Proceedings of the american philosophical society vol. 51, no. 205. (S. 238*.)

291. *Weir Mitchell*, *S.*, Die Behandlung der Epilepsie. The therapeut. Gazette 15. III. 1912.

292. *Wendenburg*, *K.* (Osnabrück), Das Verhalten der Sehnenreflexe bei Chorea minor. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 7, S. 418.

293. *Westphal*, *A.* (Bonn), Komplikation von Tetanie mit Hysterie oder hysterische Pseudotetanie? Sitzungsberichte der Niederrhein. Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde zu Bonn. Med. Abt. Sitzg. v. 13. Mai 1912.

294. *Westphal* (Bonn), Krankenvorstellungen: 1. Tetanie mit Hysterie? 2. Hysterische Pseudotetanie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 912.

295. *Westphal*, *A.* (Bonn), Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Chorea minor. Med. Klinik 1912, Nr. 15, S. 604. (S. 244*)

296. *Williams*, *T. A.* (Washington), The practical import of recent work on hysteria. The journal of the American medical association vol. 59, p. 2224, 21. Dezember 1912. (S. 248*.)

297. *Williams*, *T. A.* (Washington), Cases of juvenile psychastenia: to illustrate successful treatment. The American journal of the medical sciences no. 6, p. 865 (Dezember 1912). (S. 232*.)

298. *Worms* und *Hamant*, Morbus Basedowii. Gaz. des hôp. 1912, no. 70.

299. *Zappert*, *J.* (Wien), Zur Prognose der Epilepsie im Kindesalter. Med. Klinik 1912, Nr. 6, S. 229.

300. *Zappert*, *J.* (Wien), Achtjähriges Mädchen mit nervösen Absencen. Med. Klinik S. 1088.

A. Allgemeines.

Das große *Lewandowsky*sche (161) Handbuch teilt das Schicksal vieler ähnlicher Sammelwerke: es wird größer als sein Herausgeber erwartete. So ist der im

Berichtsjahr erschienene Band noch nicht der Schlußband. Zu bedauern ist diese Vergrößerung nur deshalb, weil dadurch die Anschaffung des trefflichen Werkes erschwert wird. Der Band dieses Jahres enthält hauptsächlich die Darstellung der groben Hirnerkrankungen: angeborene Mißbildungen, traumatische, toxische und infektiöse Schädigungen.

Speziell mit den Nervenkrankheiten im Kindesalter beschäftigt sich das Handbuch von *Bruns*, *Cramer* und *Ziehen* (52). Die Verfasser haben eine besondere Bearbeitung dieses Gebietes wohl hauptsächlich im Interesse der Kinderärzte für wünschenswert gehalten; dabei sind auch die nicht allein dem Kindesalter eigenen Nervenkrankheiten ausführlich behandelt. *Cramer* hat dabei die funktionellen Neurosen, *Bruns* die Erkrankungen des Rückenmarks und der peripherischen Nerven sowie die Muskelerkrankungen bearbeitet. *Ziehen* gibt eine Darstellung der Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute. Hier ist auch hervorzuheben die Darstellung der vasamotorisch-trophischen Neurosen von *Cassirer* (56a), ein Werk, das bereits in 2. Auflage erscheint. Je mehr man die Bedeutung des sympathischen Nervensystems für die Pathologie erkennt, um so wichtiger ist eine systematische Darstellung seiner Störungen im Zusammenhange mit der übrigen Neurologie. Nach einer ausführlichen anatomisch-physiologischen Einleitung werden in den einzelnen Kapiteln die trophischen und vasamotorischen Erkrankungen besprochen, die auf Störungen des vasamotorischen Nervensystems zurückgeführt werden. Von allgemeinerer Bedeutung auch für die Pathologie des Nervensystems ist eine klinische und experimentelle Untersuchung von *Gray* und *Parsons* (101) über Wesen, Wirkung und Behandlung des Shoks. Der Shok ist nicht ein Zustand, sondern ein Vorgang, die Reaktion des Zentralnervensystems auf plötzliche und abnorm starke Reize. Besondere Bedeutung wird dem Verhalten des Blutdruckes beigelegt und dabei betont, daß hoher Blutdruck sich namentlich im ersten Stadium der Shokwirkung sehr häufig findet, während niedriger Blutdruck erst eine Sekundärerscheinung im Kollapsstadium ist.

Trömner (275) gibt eine allgemeine Darstellung der Physiologie, Psychologie und Pathologie des Schlafes; daber werden die Schlaftheorien besprochen und der Schlaf als eine Reaktion des Organismus auf den Vorgang der Ermüdung bezeichnet. Die mannigfachen Abänderungen des Schlafes bei Neurosen und Nervenerkrankungen werden besprochen.

B. Neurosen.

Von allgemeineren Betrachtungen über die funktionellen Neurosen ist zu erwähnen die 2. Auflage von *Stekels* (258) Buch über die nervösen Angstzustände. Wie für *Freud* sind auch für *Stekel* die „Angstneurosen, die Angsthysterie" scharf begrenzte klinische Krankheitsbilder spezifischer Art und bedingt durch Schädigungen des Sexuallebens, ein Standpunkt, den wir nicht teilen können. Wichtiger ist aber, daß der vielerfahrene Autor in den letzten Kapiteln eine allgemeine Darstellung des Symptomes der Angst bringt und versucht, sie differentialdiagnostisch bei Neurosen, bei funktionellen und organischen Psychosen,



bei körperlichen Erkrankungen abzugrenzen. Ebenso ist seine Darstellung der Therapie umfassender als seine theoretischen Ausführungen und berücksichtigt namentlich die medikamentöse Behandlung, wo er Opium und Pantopon empfiehlt und ihre Anwendung ausführlich schildert.

Kollarits (148) legt dar, wie sich die Nervosität aus einer angeborenen Charakteranlage erklärt, in leichten Fällen überhaupt nur die individuelle Reaktionsweise auf äußere Momente ist. Die Besserung des nervösen Zustandes beruht demnach wie die Beeinflussung des Charakters auf Erziehung. Besonders wichtig ist der Hinweis des Verfassers, daß nicht jede Nervosität eine schwere Degeneration bedeutet, daß sie zum Teil eine Bedingung der persönlichen Erfolge und der menschlichen Fortschritte ist. Nur die schwereren Formen der Nervosität machen lebensuntüchtig und erfordern eine besondere Behandlung. Zahlreiche Bemerkungen über die Nebenursachen der Nervosität und über aktuelle erzieherische und soziale Fragen sind in das Buch eingestreut.

In ähnlicher Richtung, aber noch tiefer in die psychologischen Mechanismen eingehend, bewegen sich die Ausführungen von *Adler* (2): Die nervöse Charakteranlage wird bestimmt durch eine angeborene relative Minderwertigkeit einzelner Körperorgane, die schon vom Kind empfunden und mit besonderer Aufmerksamkeit beachtet wird. Aus diesem Gefühl der Minderwertigkeit entstehen schon beim Kind Sicherungstendenzen, indem einzelne Charakterzüge, die für das Leben Richtlinien bilden, abnorm fixiert und verstärkt werden. Eine weitere Kompensation gegen das Gefühl der Minderwertigkeit ist die fiktive Erhöhung des Persönlichkeitsgefühls, durch Phantasien, die oft an den Vater oder die Mutter als die dem Kind zunächst imponierende Persönlichkeit anknüpfen. Diese beiden Mechanismen erklären zahlreiche spätere Charakterzüge der Nervösen, so daß das spätere neurotische Symptom nur ein Symbol dieser den Charakter gestaltenden Kräfte ist. An einzelnen Charaktereigenschaften wird dies instruktiv gezeigt.

Das allgemein Bedeutsame der Bestrebungen von *Stekel*, *Kollarits*, *Adler* und vieler anderer Publikationen ist, daß in bezug auf die sog. funktionellen Neurosen immer mehr der Einfluß psychischer Momente erkannt und diesen auch bei der Behandlung Rechnung getragen wird.

Darauf fußt eine große Zahl anderer Publikationen, die teilweise — für das Verständnis des Laien geschrieben — das Seelenleben der Nervösen und die Wege und Methoden ihrer Heilung darstellen. Hier seien zwei Publikationen von *Marcinowski* (173, 174) genannt. In dem einen zeigt er die Grundlage der Physiologie des Nervensystems und betont die Notwendigkeit der natürlichen Reize des Nervensystems, gibt die Grundzüge der körperlichen und seelischen Behandlung an und weist vor allem darauf hin, daß es sich um eine Erziehung zur Persönlichkeit handle. Das andere Buch fußt auf den psychoanalytischen Anschauungen *Freuds* und sucht diese in eine dem Laien verständliche und zu dem obengenannten erzieherischen Zweck geeignete Form zu bringen. Beide Bücher sind in erster Linie für den Laien bestimmt und werden bei der guten Diktion des Verfassers ihre Wirkung nicht verfehlen. Ob diese immer die vom Arzt erwünschte ist, möge dahingestellt bleiben. In denselben Bahnen bewegt sich die



Arbeit einer Amerikanerin *Payson-Call* (208), die auch eine psychische Behandlung der nervösen Zustände anstrebt.

Sahli (230) polemisiert gegen die in einem Referat *Veraguths* aufgestellten Forderungen, die Neurologie von den inneren Kliniken abzutrennen und dafür eigene Kliniken, Lehrstühle und Examina einzurichten.

Hier soll auch nicht unerwähnt bleiben ein interessantes Buch des Nationalökonomen *Bernhard* (29), das die deutsche Sozialpolitik im allgemeinen bespricht, dabei aber sehr eingehend die Versicherungsgesetzgebung und ihre unerwünschten Folgen in bezug auf Entstehung von Rentensucht, Simulation und Unfallneurosen schildert. Mit großer Sorgfalt und kritischem Verständnis ist die einschlägige medizinische Literatur zusammengetragen; an Besserungsvorschlägen bringt er namentlich die Abfindung durch einmalige Entschädigung an Stelle der Rente und belegt die Zweckmäßigkeit dieser Einrichtung mit Beispielen aus der Schweizer Gesetzgebung.

Erben (82) gibt in einem kurzen Lehrbuch eigentlich eine Symptomatologie der Neurosen mit der Einteilung von den einzelnen Symptomen, aber geleitet von dem Gesichtspunkt, überall die Differentialdiagnose gegen Simulation zu besprechen und alles das hervorzuheben, was andererseits die Objektivierung eines Symptomes erhöht. Bei allen Einzelsymptomen werden technische Erfahrungen und Handgriffe beschrieben und auf besondere Varietäten aufmerksam gemacht. So bietet das Buch viel mehr als seine Überschrift andeutet; es ist tatsächlich ein Leitfaden der differentialdiagnostischen Technik.

Fr. Schultze und *H. Stursberg* (251) berichten zusammenfassend über das Material der Bonner Unfallneurosen. *Sch.* kommt zu dem Resultat, daß die Zahl der Unfallneurosen nicht so sehr erheblich sei im Verhältnis zu den anderen Unfallerkrankungen. Bei der Diagnose warnt *Sch.* vor der übertriebenen Schätzung der körperlichen Degenerationszeichen, ferner des Dermographismus, betont andererseits die Bedeutung der Herz- und Gefäßsymptome. Die Kapitalabfindung an Stelle kleinerer Renten empfiehlt auch *Sch.* mit gewissen Einschränkungen.

Das Büchlein von *Flatau* (88) ist ein Ratgeber für den allgemeinen Praktiker, der sich mit Unfallneurosen gelegentlich befassen muß. Es bringt in gedrängter Kürze alle klinischen Einzelheiten und die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen, den Gang des Rentenverfahrens und die Technik der Begutachtung. Im Hauptteil werden die wichtigsten nervösen Symptome und ihre Untersuchungsmethoden besprochen. An dem Begriff der traumatischen Neurose wird festgehalten, wenn auch die Bedeutung der Begehrungsvorstellungen für die Entstehung eines besonderen psychischen Zustands anerkannt wird. Zahlreiche kasuistische Mitteilungen aus eigener Erfahrung beleben und illustrieren die Ausführungen.

Bauer (15) kommt auf Grund pharmakologischer Experimente zu dem Resultat, daß in der Praxis kein so diametraler Gegensatz zwischen Vago- und Sympathikotonie besteht, wie physiologisch angenommen wird. Das, was wir Konstitution des Organismus nennen, ist im wesentlichen der Tonus des Nervensystems und die Gemnitfunktion der inneren Drüsen, welche diesen Tonus regu-



lieren. Die Funktion der Blutdrüsen ist aber wesentlich abhängig von den sie versorgenden Nerven, z. B. die Schilddrüse von den Nn. laryngéi, und es gibt spezielle „Blutdrüsenneurosen". Diese bilden den Übergang zwischen Konstitution und Krankheit.

Veraguth (282) führt aus, daß neben dem Begriff der Begehrlichkeitsvorstellungen bei der Unfallneurose noch andere psychologische Faktoren eine Rolle spielen müssen und erörtert die Wege, um diese Momente zu eruieren. Der eine ist die genaue Analyse der Fälle von Unfallneurosen, die ohne Anspruch auf Rente entstehen. Der andere ist die Psychoanalyse namentlich zum Zweck der Ermittlung unbewußter Komplexe. Dabei kommen in Betracht die Komplexe, welche zur Zeit des Unfalls vorhanden und besonders assoziationsbereit waren; sie können unter Umständen die Richtung und Stärke der späteren neurotischen Symptome bestimmen. Weiter die Komplexe, welche sich nach dem Unfall ausbilden. Hier weist *V.* namentlich auf die „Latenzperiode" zwischen Unfall und Auftreten der neurotischen Symptome hin. Hier können Affekte wie Mitleid, Vorstellungen, wie die durch den ersten Arzt geäußerte Diagnose, eine wesentliche ätiologische Rolle spielen, insofern als sie die „biologischen Korrekturen" ungünstig beeinflussen. Neben dem Assoziationsexperiment verwendet Verf. zur Analyse solcher Verhältnisse das psychogalvanische Reflexphänomen.

Denselben Inhalt hat eine lange Abhandlung von *Murri* (193), welcher in sehr wortreichen Ausführungen darlegt, daß es keine eigentliche Unfallneurose gibt, daß der Unfall nur eine der Ursachen neben vielen anderen prädisponierenden und verschlimmernden ist, daß darunter auch die Rentenbegehrungen eine Rolle spielen, alles Gedanken, die in Deutschland längst bekannt sind.

Benon (23) beschreibt einen Fall von Schädelverletzung, der sich erst neurasthenische Symptome, dann das Bild der Manie anschloß.

Cramer (60) betont in einem allgemein gehaltenen Aufsatze die Bedeutung der endogenen Anlage für die Entstehung der Unfallneurosen: es gibt Individuen, die auf jede Schädlichkeit, auch auf ein Trauma, mit einer nervösen Störung reagieren. Er hebt aber weiter hervor, daß auch endogen veranlagte Menschen nicht immer nach Trauma zu einer Neurose kommen, namentlich dann nicht, wenn kein Rentenkampf im Spiele ist.

Ähnliche Gedanken führt *E. Schultze* (250) in einem allgemein gehaltenen Aufsatz aus. Er weist mit Nachdruck auf die psychische Komponente der Unfallneurosen hin, gibt praktische beherzigenswerte Fingerzeige für die Aufgabe des erstbehandelnden Arztes bei Unfallerkrankungen, ihre Bedeutung für die Verhütung von Unfallneurosen.

A. Müller (191) geht in einer Abwehr gegen *Auerbach* noch einmal auf den von ihm beschriebenen muskulären Kopfschmerz ein, der dadurch entsteht, daß die Nachmuskulatur infolge von chronischen rheumatischen Prozessen, Schwielenbildung oder traumatischen Einflüssen sich in einem Hypertonus befindet. Als äußeren Ausdruck dieses veränderten Muskeltonus führt er eine Haltungsanomalie an, durch die der Kopf nach vorn und unten geschoben wird; diese Haltungs-



anomalie kann nach seiner Auffassung auch primär durch angeborene Gewohnheit entstehen und sei dann die Quelle vieler neurasthenischer Beschwerden.

Martha Ulrich (280) hat 500 Fälle von Migräne aus der *Ziehen*schen Klinik statistisch untersucht. Sie bezeichnet den Zustand als hemikranische Diathese, die meist angeboren ist, aber auch erworben werden kann. Die Beziehungen der M. zur Hysterie sind lockere, zur Epilepsie (20%) häufigere, doch verschiedenartige. Die Migräne kann das Symptom einer Epilepsie sein oder beide können als selbständige Erkrankungen auf demselben Boden eines minderwertigen Nervensystems auftreten. Die pathogenetische Grundlage der M. sieht Verf. in einer angeborenen Minderwertigkeit des Sympathikussystems.

Flatau (85) behandelt die Migräne in ausführlicher monographischer Darstellung. Er trennt von der vulgären Migräne die Augenmigräne als eine besondere Form, bei der ausgesprochene Sehstörungen auftreten. Die schwerste Form der Augenmigräne ist wieder die assoziierte Migräne, die neben den visuellen Symptomen auch sensorielle, motorische und andere kortikale Symptome, z. B. Sprachstörungen, zeigt. Die Augenmigräne und besonders ihre assoziierte Form steht der Epilepsie am nächsten. Die Theorien der M. werden ausführlich besprochen und dahin zusammengefaßt, daß die M. keine autonome Krankheit, sondern ein Syndrom ist, das auf einer angeborenen neurotoxischen Diathese beruht. Eine besondere Rolle spielen dabei die endokrinen Drüsen. Der Migräneattacke selbst liegen verschiedenartige pathologische Hirnmechanismen (Vermehrung des Liquordrucks, Gefäßspasmen) zugrunde. Diesen verschiedenartigen Momenten muß die Therapie gerecht werden, bei der besonders die Regelung des Stoffwechsels (purinarme Diät) mit Nachdruck betont wird.

Um die Theorien, welche die Entstehung der Psychosen und Neurosen „mit einem Schlage erklären", zu vermehren, führt *Ratner* (216) in mehreren Aufsätzen aus, daß es sich bei allen organischen und unorganischen Nerven- und Geisteskrankheiten lediglich um die anaphylaktische Wirkung des mit der Nahrung eingeführten artfremden Eiweißes handelt; der Darm kann dies nicht homologisieren. Das artfremde Eiweißmolekül gerät in den Blutstrom und „setzt sich an einem Nervenstamm fest"; so entsteht eine Neuritis und Perineuritis. Wird es parenteral verdaut, so entstehen durch giftige Stoffwechselprodukte Psychosen. Verfängt es sich im Gehirn, so „kann Meningitis, Enzephalitis oder vielleicht auch Hirntumor entstehen"! Therapie: Schwitzkuren zur Ausscheidung des artfremden Eiweißes bei allen Neurosen und Psychosen.

Unter „Psychoreflexie" versteht *Bechterew* (19) eine Methode oder, wie er es nennt, eine wissenschaftliche Disziplin, deren Grundlage die Anschauung ist, daß jeder Bewußtseinsvorgang, jedes auch noch so komplizierte psychische Geschehen sich von den einfachsten unbewußten Reflexvorgängen nur dadurch unterscheidet, daß zwischen dem von der Peripherie zufließenden Reiz und seinem motorischen Endeffekt die Ergebnisse früherer individueller Erfahrung eingeschaltet sind und die motorische Reaktion modifizieren.

Lange (158) führt aus, daß viele sog. Entbindungslähmungen gar keine Plexuslähmungen sind, sondern durch eine Distorsion des Schultergelenkes und durch



Verkürzung und Schrumpfung der Gelenkkapsel zustande kommen. Sekundär kommt dann die Inaktivitätslähmung der Muskeln dazu. In solchen Fällen macht *Lange* die Osteotomie des Humerus in der Mitte und dreht das distale Stück nach außen, um der verminderten Innenrotation vorzubeugen.

Stiefler (263) beobachtete eine ausgesprochen doppelseitige Brachialplexusneuritis, die sich 12 Jahre nach syphilitischer Infektion allmählich entwickelte, zu schweren Lähmungen und Atrophien führte und nach 6 monatlichem Bestehen unter spezifischer Behandlung allmählich wieder zurückging.

K. Singer (239) gibt eine sehr schöne monographische Darstellung der Ulnarislähmung. Er schildert Anatomie und Physiologie des Ulnaris und der von ihm versorgten Muskeln, dann das klinische Bild der kompletten und partiellen Lähmung und gibt dann an der Hand einer instruktiven Kasuistik, zum Teil aus der Literatur, zum Teil aus eigener Beobachtung, eine Schilderung, die nach den ätiologischen Momenten der Lähmung eingeteilt ist. Schließlich wird Diagnose, Prognose und Therapie eingehend besprochen.

Fornaca (89) beschreibt einen Fall von **Myotonia congenita** (*Oppenheim*) bei einem 5 jährigen Kinde und erörtert die Differentialdiagnose. Die Symptome sind typisch: Unfähigkeit zu willkürlichen Bewegungen, Aufhebung der Reflexe, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

Rohde (223) beschreibt eingehend Kranke, die an „Anfällen" verschiedener Art leiden: Schwindel, Ohnmacht, Migräne, epileptoide Zustände, Schlafzustände usw. Die Fälle gehören nicht zur genuinen Epilepsie und nicht zur Hysterie, sondern es handelt sich um endogene Nervöse, bei denen hauptsächlich der vasamotorische Apparat auf dem Boden der Erschöpfung oder Intoxikation gelitten hat. Dazu kommen noch weitere ätiologische Momente: Intoxikationen, Schädlichkeiten verschiedener Art, Affekte als auslösende Ursachen.

Kuttner (155) schildert die verschiedenen Formen des nervösen Erbrechens, worunter er alle die Fälle von Erbrechen versteht, die nicht durch ein organisches Magenleiden bedingt sind. Er betont, daß es sich meist nicht um einen isolierten Krankheitszustand handelt, und daß es die Hauptaufgabe ist, das Grundleiden zu ermitteln. Besonders wird auf das Erbrechen als Initialsymptom einer latenten Tabes hingewiesen; zur Diagnose empfiehlt *K.* Lumbalpunktion. Auch als larvierter Migräneanfall kommt Erbrechen vor. Wichtig ist eine juvenile Form des periodischen Erbrechens mit Azetonämie, bei der es sich wahrscheinlich um eine Störung des Purinstoffwechsels handelt.

Goett (98) teilt den interessanten Fall eines 12 jährigen Knaben mit, der unter den Erscheinungen hochgradigster Abmagerung, totaler Lähmung aller Glieder mit dem Verdacht der progressiven Muskeldystrophie zur Beobachtung kam. Diese erwies aber, daß es sich um einen auf dem Boden neuropathischer Konstitution entstandenen Komplex neurasthenischer und hysterischer Symptome handelte. Die psychische Behandlung, die hauptsächlich in ruhiger Erörterung der Symptome bestand, erzielte Heilung.

Trömner (274) stellt alle Beziehungen der Zahnkrankheiten zu Nervenleiden zusammen. Darunter führt er auf: 1. Zahnanomalien als Symptome neuropathischer



Zustände. Dahin gehören vor allem die Degenerationszeichen, denen er keine allzu große Bedeutung beimißt. 2. Zahnleiden als Ursache nervöser Erkrankungen. Hier vertritt er die Auffassung, daß bei spasmophilen Kindern der Zahndurchbruch eklamptische Anfälle auslösen könne, steht aber der durch Zahnerkrankungen bedingten Reflexepilepsie Erwachsener sehr skeptisch gegenüber und bespricht ausführlich die Ätiologie der Trigeminusneuralgie. 3. Zahnerkrankungen als Folge nervöser Leiden.

Bonhöffer (44) schildert an der Hand einiger gut beobachteter Fälle die Differentialdiagnose zwischen der echten Erschöpfungsneurasthenie, der endogenen Nervosität und den auf dem Boden einer abnormen Konstitution entstehenden zyklothymischen Verstimmungen.

M. Rohde (224) bespricht an der Hand zahlreicher Fälle den Unterschied zwischen den Phobien und den Zwangsvorstellungen. Die Phobien, namentlich die Platzangst, entstehen mehr auf dem Boden der endogenen Nervosität und spielen sich vorzugsweise auf affektivem Gebiet ab; dabei kommen auch erschöpfende Momente körperlicher und psychischer Art in Betracht. Die Zwangsvorstellungen gehören mehr in das Gebiet der eigentlichen Psychosen; sie sind Geisteskrankheiten mit erhaltenem Krankheitsbewußtsein. Bei den Phobien erwähnt der Verf. auch den „panischen Schrecken" und zeigt, welche unheilvolle Bedeutung psychopathische Elemente im Ernstfall für die Armee bekommen können.

Rudnitzky (228) will auf Grund zahlreicher Beobachtungen ein ätiologisch, symptomatologisch und prognostisch einheitliches Krankheitsbild aus der gewöhnlichen Gruppe der Neurasthenie abgrenzen und als Pseudoneurasthenia tuberculosa bezeichnen. Es entsteht häufig auf dem Boden tuberkulöser Heredität, wird durch Influenza ausgelöst, dauert einige Monate, produziert weniger psychische Störungen als allgemeine Schwäche und Sensibilitätsstörungen, ferner Verdichtung der rechten Lungenspitze und latente Pleuritiden. Therapeutisch ist allgemeine Kräftigung und Guajakol von Erfolg.

Herz (119) bespricht die Differentialdiagnose zwischen Herzneurose und Koronarsklerose und macht namentlich auf die Wichtigkeit der anamnestischen Angaben und der subjektiven Beschwerden der Patienten aufmerksam. Hier kommen namentlich die Schmerzen in Betracht, die beim Sklerotiker bei Inanspruchnahme des Körpers, beim Neurotiker mehr aus psychischen Ursachen auftreten.

Von *Freud* (91) ist eine neue Auflage seiner kleineren Abhandlungen erschienen, die sehr verschiedenen Inhalts sind. Es befindet sich darunter die bekannte, in extenso wiedergegebene Psychoanalyse einer Hysterie, ferner die für die *Freud*sche Auffassung so wichtige Darstellung der kindlichen Sexualtheorien, ferner eine Abhandlung über den Einfluß der kulturellen Sexualmoral, die *Fr.* an Stelle aller kulturellen Schädigungen setzen will, auf die Nervosität.

Das Jahrbuch (126) für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen enthält eine Reihe von Aufsätzen, die sich immer mehr von den Interessen der eigentlichen klinischen Neurologie entfernen und deshalb einer Einzelbesprechung hier nicht bedürfen.

Barham (13) zeigt an zwei Fällen von Zwangszuständen (Berührungsfurcht)

en Zusammenhang dieser Zustände mit psychisch-sexuellen Traumen, die aus em Bewußtsein verdrängt wurden und die Möglichkeit, auf dem Wege der *Freud*-chen Psychoanalyse diese Zusammenhänge aufzudecken; eine konstitutionelle 'rädisposition nimmt er aber auch an.

Williams (297) schildert verschiedengeartete Fälle von kindlicher Neursthenie und betont, daß sie psychologisch verhältnismäßig einfacher gelagert sind ls bei Erwachsenen. Eine genaue Analyse läßt in jedem Falle eine psychische irundlage erkennen, die aber durchaus nicht immer sexueller Natur zu sein braucht.)as Eingehen auf die Individualpsychologie ermöglicht die Heilung.

Tschish (277) berichtet über eine bis jetzt noch nicht beschriebene Phobieart. Ein von ihm beobachteter Patient empfand bei Eisenbahnfahrten stets großes Jnbehagen, Beklemmung und Angst, sobald die Geschwindigkeit des Zuges zuahm. Bei großen Geschwindigkeiten steigerten sich diese Empfindungen bis zur iöchsten Unruhe, und der Patient war glücklich, auf der nächsten Station mit Hilfe der Mitreisenden aussteigen zu können. Er wagte es dann nicht mehr, zum Rückweg die Bahn zu benutzen und war gezwungen, den Weg zu Fuß zurückzulegen. Er machte immer neue Versuche, mit Bummelzügen zu fahren, fühlte sich auch im Beginn der Fahrt ganz wohl, geriet aber in qualvolle Unruhe, sobald der Zug seine Geschwindigkeit steigerte. Auf diese Weise war Patient jahrelang verhindert, Moskau zu verlassen, trotzdem ihn die dringendsten Motive von dort riefen. In der Ätiologie spielten Exzesse in Venere eine große Rolle.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Der Behandlung der Schlaflosigkeit widmet *Dornblüth* (74) ein kleines Buch, das alle Vorzüge dieses erfahrenen Praktikers aufweist und dem gebildeten Laien ebenso wie dem Arzt wertvolle Winke gibt. Vor allem zerstreut er die vielfach vertretene Anschauung, daß es verschiedene Schlaftypen gibt: Abend- und Morgenschläfer. Er betont mit Recht, daß das nur Gewohnheiten sind, die sich leicht abändern lassen. Demgemäß resultieren zahlreiche Fälle von Schlaflosigkeit aus Fehlern gegen die Hygiene des Schlafens. Notwendig ist eine scharfe Begrenzung der dem Schlafen zu widmenden Zeit; darnach muß das Zu-Bette-Gehen und das Aufstehen reguliert werden. Die Ausfüllung dieser Zeit mit Schlafen kommt dann von selbst. Im übrigen werden alle Behandlungsformen besprochen unter stetem Hinweis auf die Vermeidung besonders künstlicher Maßnahmen.

E. Meyer (182) gibt in einem kurzen klinischen Vortrag ähnliche allgemeine Gesichtspunkte und bespricht dann die Anwendung der arzneilichen Schlafmittel. Namentlich empfiehlt er die Verwendung von Kombinationen.

Benedek (22) hat eingehende Untersuchungen über Luminal angestellt. Er empfiehlt es als Sedativum und Hypnotikum und namentlich als Ersatz für die Brompräparate.

Pototzky (212) warnt vor der Anwendung abendlicher hydriatrischer Prozeduren zur Bekämpfung der nervösen Schlaflosigkeit. Die meisten Maßnahmen, unmittelbar vor dem Zu-Bette-Gehen angewandt, sind zu different. Es empfiehlt hydrotherapeutische Maßnahmen bei Tage.

Gelman (96) berichtet über Erfolge der hypnotischen Behandlung in Bauern-



und Fabrikarbeiterkreisen. Er konnte feststellen, daß die Suggestibilität hier viel höher als in der städtischen besser situierten Bevölkerung ist. Da hier andererseits auch sehr schwere Neurosen häufig vorkommen, sollten sich Fabrik- und Landärzte die Methodik des Hypnotismus aneignen. (*Fleischmann*-Kiew.)

Becker (20) beschreibt ein neues elektrotherapeutisches Verfahren, bei dem die Elektrizität nicht nur zur Bahnung für die willkürliche Nervenerregung verwandt wird, sondern vor allem dazu durch Anregung von Kontraktionen die trophische Vitalität des Muskels zu erfüllen. Der zu diesem Zweck von ihm angewandte Apparat „Myomotor" liefert neben den gewöhnlichen Strömen einen vielfach unterbrochenen konstanten Strom in einer Form, welche die einzelnen Stromwellen langsam an- und abschwellen läßt.

Für die Behandlung spastischer Zustände empfiehlt *Stoffel* (264) eine Nervenresektionsmethode. Er sucht an der gelähmten oder spastisch kontrakturierten Extremität die Nervenbahnen der in Spasmus befindlichen Muskelgruppen auf und bestimmt ihre Lage im Nervenstamm durch elektrische Reizung. Dann wird ein Teil dieser Nervenbahnen reseziert und dadurch ein Teil der spastischen Muskulatur außer Funktion gesetzt und so ihr Übergewicht über die Antagonisten beseitigt. Eine sorgfältige Nachbehandlung durch Schienen und Übung ist erforderlich.

Dollinger (72) bespricht die Alkoholinjektionsmethode zur Behandlung der Trigeminusneuralgien und zeigt, daß sie angewandt zu werden verdient, wenn interne und physikalische Behandlungsmittel versagt haben. Sie ist bei richtiger Technik für alle Trigeminusäste geeignet und relativ ungefährlich. Man erzielt Heilerfolge, die etwa 5 Monate anhalten und Rezidive können leicht kupiert werden. Erst wenn diese Methode erfolglos ist, soll man zur Exstirpation des Ganglion Gasseri schreiten.

Harris (111), *Alexander* und *Unger* (4) bedienen sich ähnlicher Methoden, um Alkoholeinspritzungen direkt in das Ganglion Gasseri zu machen. Sie vermeiden dadurch die üblen Folgen des Eingriffs durch Operation.

Lißmann (163) empfiehlt zur Behandlung der rein funktionellen Impotenz infolge von Erektionsschwäche epidurale Injektionen einer Lösung von Yohimbin in Kochsalzlösung. Er glaubt, daß einerseits der mechanische Reiz, andererseits der direkte Einfluß des Yohimbin auf die Erektionszentren hier wirksam sei.

Ruch (227) gibt eine kurze, auch für den Laien bestimmte Darstellung der Psychotherapie, hauptsächlich im Sinne der Methode von *Dubois*. Er bespricht einzelne scheinbar körperliche Erkrankungen und zeigt ihre psychogenen Wurzeln, so bei scheinbar organisch bedingten Magenstörungen, bei der habituellen Verstopfung, bei sexueller Impotenz. Vernünftige Vorstellungen, daß eine organische Grundlage fehle und allmähliche Ermutigung des Patienten, lassen auch bedenklich erscheinende Zustände zur Heilung kommen.

C. Epilepsie und Tetanie.

Gruppierung, Pathogenese und Ätiologie.

Die klinische Stellung der Epilepsie ist auf der Neurologenversammlung in Hamburg ausführlich erörtert worden in einem Referat von *Redlich* und *Bins*-



wanger (217). *Redlich* resümiert seine Anschauungen dahin, daß man die Bezeichnung „genuine Epilepsie“ überhaupt fallen lassen soll, weil sie kein einheitliches Krankheitsbild bedeutet und weil die unter diesem Namen zusammengefaßten Krankheitsbilder weder ätiologisch noch symptomatologisch noch prognostisch ein gemeinsames Charakteristikum haben. Bezüglich der Differenzierung der Epilepsie von der kindlichen Spasmophilie gibt *Redlich* den Ausführungen von *Thiemich* Recht, daß es unter den kindlichen Konvulsionen eine Gruppe gibt, die nicht epileptischer Natur ist, betont aber, daß nicht alle kindlichen Konvulsionen spasmophiler Natur seien; daneben gibt es toxische und infektiöse Krämpfe, und es kommen echt epileptische Krämpfe bei Individuen vor, die im Kindesalter an ausgesprochener Tetanie litten. Als nächste Aufgabe der Epilepsieforschung bezeichnet es *Redlich*, einzelne Gebiete zu fördern, z. B. die Aufhellung des Begriffes der epileptischen Disposition , die man als epileptische Veränderung bezeichnet. *Redlich* versteht darunter eine zunächst funktionelle Eigenschaft des Gehirns, auf Schädigungen mit epileptischen Anfällen zu reagieren. Sie kann angeboren oder durch Trauma erworben sein; wie weit dieser Reaktionsfähigkeit histologische Veränderungen zugrunde liegen, ist noch festzustellen, ebenso wieweit hierbei Stoffwechselstörungen eine Rolle spielen.

Auch *Binswanger* will den Begriff der genuinen Epilepsie fallen lassen und setzt dafür den Ausdruck „echte Epilepsie“; darunter versteht er eine chronische Erkrankung des Zentralnervensystems, die sich klinisch in öfter wiederkehrenden Krampfanfällen mit Bewußtlosigkeit oder in Teilerscheinungen dieser Anfälle oder in psychopathischen Begleit- und Folgeerscheinungen äußert. Damit spricht *Binswanger* deutlich aus, daß er an der Epilepsie als einer Krankheitseinheit festhält. Er fordert aber für die Annahme einer echten Epilepsie den Nachweis, daß nicht bloß ein Krampfanfall oder nur periodische Verstimmungszustände bekannt sind, sondern das ganze Ensemble der Erscheinungen vorliegt. Daß diese so umschriebene echte Epilepsie nur eine klinische und symptomatologische Einheit ist, aber ätiologisch in zahlreiche Unterabteilungen zerfällt, gibt *B.* ebenfalls zu.

L. W. Weber (285) betont auch die klinische und symptomatologische Einheit der echten Epilepsie, hebt aber noch hervor, daß die meisten Fälle dieser Gruppe auch prognostisch zusammengehören, insofern als dieser Krankheitsprozeß gewöhnlich zu einer eigenartigen Demenz führt, die durch die sekundäre Hirnveränderung der Epilepsie bedingt ist. Daß daneben eine Anzahl von Fällen der echten Epilepsie nicht dement werden, ist ebenso zu erklären, wie die Tatsache, daß manche chronische Tuberkuloseprozesse nicht zu einer phthisischen Einschmelzung der Lunge führen. Die Frühepilepsie, welche vor dem 30. Lebensjahr in Erscheinung tritt, ist nach Symptomen und Verlauf gewöhnlich eine echte Epilepsie, während die Spätepilepsie sehr häufig eine symptomatische Epilepsie ist, die durch exogene organische Prozesse entsteht und seltener zur Demenz führt. Gegen die Auffassung, daß alle Fälle von Dipsomanie der Epilepsie zugehören und überhaupt gegen die weite Ausdehnung des Begriffes der psychischen Epilepsie wendet sich besonders *Pappenheim* (207); er hebt hervor, daß zum Nachweis eines epileptischen Leidens mehr als eine periodische Verstimmung nötig ist.

Blümcke (41) schildert die verschiedenen Formen der kindlichen Krampfleiden, verweist auf die besondere Abgrenzung der Spasmophilie, bemerkt aber, daß gelegentlich spasmophile Kinder später auch epileptisch werden können. Die spasmophilen Krämpfe trennt er von den Zahnkrämpfen; die letzteren sind immer ein Zeichen dafür, daß der physiologische Zahnprozeß durch bestimmte Krankheitsprozesse beeinflußt wurde.

Marchand (172) schildert zwei Gruppen von Kinderkrämpfen: solche, die infolge von Gehirnkongestion bei intestinaler oder infektiöser Vergiftung entstehen, und solche, die auf einem akuten organischen meningo-kortikalen Prozeß beruhen. Bei den ersten ist die Prognose günstig; denn die Hirnkongestion hinterläßt keine dauernden Erscheinungen. Die zweite Gruppe führt häufig zu einer Epilepsie, weil sie Sklerosen, Narben und dergleichen hinterläßt. Daneben erwähnt *Marchand* noch die Zahnkrämpfe, die verschiedener Genese seien und immerhin auf ein labiles, konvulsibles Gehirn hinweisen, und Krämpfe, die ohne exogene Ursache bei hereditär Belasteten auftreten und epileptischen Charakters sind. Die spasmophilen Krämpfe erwähnt der französische Forscher überhaupt nicht.

Friedmann (92) teilt zu den von ihm früher beschriebenen Fällen von Narkolepsie neue Beobachtungen mit. Bei der einen Gruppe handelt es sich um Kinder, die, sonst gesund, plötzlich oder nach psychischen Insulten keine dauernden, aber häufig auftretende Absenzen bekommen und längere Jahre an diesen Zuständen, oft in einzelnen Stadien und unterbrochen durch längere anfallsfreie Pausen, leiden; trotz der längeren Dauer der Erkrankung kommt es nicht zur Epilepsie, sondern in der Pubertät zur Ausheilung und die weitere günstige Entwicklung bleibt ungestört. Hysterische Einschläge fehlen bei diesen Anfällen nicht; daneben konnte *Friedmann* nach dem Vorgang von *Mann* elektrische Übererregbarkeit der peripheren Nerven nachweisen, was einen Zusammenhang mit der Spasmophilie vermuten läßt. Auch bei Erwachsenen konnte er auf dem Boden der Neurasthenie und Hysterie entstehende ähnliche kurzdauernde Absenzen ohne Übergang in echte Epilepsie beobachten. Die Kenntnis dieser Zustände und ihre Abgrenzung von der Epilepsie ist wegen ihrer günstigen Prognose wichtig.

Klieneberger (141) teilt einen Fall von Narkolepsie mit, der die von *Friedmann* angegebenen Charakteristika zeigt: Es handelt sich um eine Neurose auf dem Boden psychopathischer Anlage, die zu verschiedenen Anfällen führt. Die Anfälle verlaufen ohne Bewußtseinstrübung, stellen nur eine Bewegungshemmung (Verlangsamung, Aufhören, Wiederholen einer angefangenen Bewegung) dar. Trotz der Häufigkeit der Anfälle und des langen Bestehens des Leidens ist keine epileptische Charakterveränderung eingetreten. Die Anfälle sind durch Brom nicht beeinflußbar. Es handelt sich aber nicht um Epilepsie, auch nicht um Petit mal, sondern um eine Neurose sui generis.

Bei der alten Streitfrage über die Epilepsie berühmter historischer Persönlichkeiten bespricht *Kanngießer* (135) die Krankheit Caesars und Napoleons. Bei Caesar glaubt er eine Spätepilepsie auf arteriosklerotischer Grundlage annehmen zu dürfen. Auch Napoleon hält er für einen Epileptiker, der seine Krankheit heriditär durch Trunksucht des Vaters erworben hat; als Beweis soll die Schilderung eines



Anfalls in Straßburg und in St. Cloud dienen. *Alt* und *Weggand* stimmen *Kanngießer* zu, während *L. W. Weber* meint, daß man diese Frage nicht bestimmt entscheiden könne, weil das historische Material nicht ausreicht.

Chauvet (58) führt in einer Darstellung der *Jackson*schen Epilepsie aus, daß dieses Symptom nicht immer eindeutig auf eine umschriebene Rindenerkrankung hinweist, sondern gelegentlich auch bei diversen Hirnerkrankungen und selbst bei funktionellen Psychosen auftritt, eine Beobachtung, die übrigens schon längst von deutschen Autoren, z. B. *Binswanger*, *Bonhöffer* u. a., gemacht wurde. Für die Mehrzahl der Fälle behält es seinen lokaldiagnostischen Wert bei.

Benon und *Bonvallet* (24) geben ausführlich die Krankengeschichte eines etwa 50 jährigen Trinkers, der nach einem linksseitigen Schlaganfall *Jackson*sche Krämpfe und darnach einen maniakalischen Zustand aufwies. Die Symptome klangen ab und es trat Heilung angeblich ohne Intelligenzdefekt ein.

Singer (238) gibt eine kurze resümierende Darstellung der gegenwärtigen Anschauungen über Pathogenese, pathologische Anatomie und Ätiologie der Epilepsie, ohne neue Gesichtspunkte zu bringen oder sich für eine der bestehenden Theorien zu entscheiden.

Krasser (150) bespricht ebenfalls die Stoffwechselbefunde der genuinen Epilepsie , um daraus den Schluß zu ziehen, daß sich im Körper eine Substanz bilden müsse, die aus den Körpergeweben saure Zerfallsprodukte abspalten kann und schließlich unter Blutdrucksteigerung und Pulsbeschleunigung zum Krampfanfall führt; er glaubt, daß diese Substanz Adrenalin sein könne, wofür auch Einzelheiten in den Erscheinungen der Krampfanfälle sprechen. Es würde sich also um Übererregbarkeit der sympathischen und autonomen Systeme bei den epileptischen Krampfanfällen handeln, wobei aber die Schlußfolgerungen des Verfassers zunächst nur Vermutungen sind. Denselben Gedanken führt *Krasser* in einer anderen Arbeit, bezüglich der Eclampsia gravidarum aus und will auch hier eine übermäßige Adrenalinausscheidung als Ursache der Krämpfe, wie anderer Erscheinungen heranziehen; besonders findet sich eine solche bei von Haus aus nervösen oder sonst geschädigten Frauen.

Zu diesen Hypothesen ist aber zu bemerken, daß *Tintemann* (269) bei Fällen, die nicht zum Bild der echten, genuinen Epilepsie gehören (nämlich bei arteriosklerotischer Schrumpfniere mit Krampfanfällen und bei hereditärluetischer organischer Hirnerkrankung mit Krampfanfällen), Veränderungen im intermediären Stoffwechsel fand, die denen der echten Epilepsie mehr oder weniger gleichen, nämlich Vermehrung der Gesamtazidität hauptsächlich durch Mehrausscheidung von Harn- und Phosphorsäure. Es ist also zweifelhaft, ob diese Azidose überhaupt eine ätiologische Bedeutung für das Zustandekommen der echten Epilepsie und ihrer Erscheinungen besitzt.

Goudberg (100) kommt auf Grund von Versuchen an trepanierten und elektrisierten Kaninchen zu dem Resultat, daß die Harnsäurevermehrung nach jedem Anfall lediglich als Folge der vermehrten Muskelarbeit eintritt; man kann deshalb noch nicht schließen, daß eine primäre Störung des Harnsäurestoffwechsels der Epilepsie zugrunde liegt.



Heilig und *Steiner* (116) haben statistische Erhebungen bei 567 Soldaten und deren Familien angestellt und gefunden, daß Linkshändigkeit, gemeine Epilepsie und angeborene Sprachstörungen eine Trias von Erscheinungen darstellen, die untereinander eng verwandt sind und mit einer gemeinsamen, von der Norm abweichenden familiären Anlage in Zusammenhang stehen. Besonders die genuine Epilepsie soll nach diesen statistischen Ergebnissen nur in Familien auftreten, in denen auch Linkshändigkeit vorkommt. Bei fraglicher genuiner Epilepsie soll also das Vorkommen von Linkshändigkeit in der Familie zur Stütze der Diagnose dienen. *Heilig* hat diese Gesichtspunkte speziell für die militärärztliche Praxis — Ersatzgeschäft und Beurteilung der bei den eingestellten Mannschaften vorkommenden Ohnmachts- und Krampfanfälle — weiter ausgeführt.

Weeks (290) gibt eine Reihe von instruktiven Stammbäumen von Epileptikerfamilien und zeigt auf Grund der *Mendel*schen Gesetze, daß auch scheinbare Normalität beider Eltern eines Epileptikers den Verdacht erwecken muß, daß unter den Vorfahren Belastung mit Epilepsie oder Alkoholismus vorgekommen ist.

Für die Myoklonusepilepsie (*Unverricht*) hat *Lundborg* (166) an der Hand eines Stammbaumes einer schwedischen Bauernfamilie gezeigt, daß sie eine einheitliche Erkrankung ist, die gleichfalls den *Mendel*schen Regeln folgt.

Glaser (97) berichtet über drei Fälle von Epilepsie, die sich an kindliche Schädeltraumen angeschlossen hatten. Dabei war noch ein Knochendefekt festzustellen und, von diesem ausgehend ein porencephalischer Defekt bis in die Ventrikel. Die Anfälle trugen zum Teil *Jackson*schen Charakter. In einem Fall konnte aus der Quadrantenhemianopsie der Hinterhauptslappen als Sitz der Porencephalie festgestellt werden. In einem Falle starb der Patient nach der Operation, in einem anderen Falle gelang die Operation.

E. Meyer (183) berichtet über drei Fälle, bei denen sich in der Vorgeschichte von Epileptikern Trauma findet. Im ersten Fall ist es zweifelhaft, ob der Unfall nicht schon im epileptischen Anfall erfolgte. Da keine deutlichen Herderscheinungen nachzuweisen sind, scheint Operation nicht indiziert. Im zweiten Fall weisen deutliche Herderscheinungen auch in der anfallfreien Zeit auf eine Lokalisation hin, die Operation angezeigt erscheinen läßt. Im dritten Fall handelt es sich um eine Kombination von Alkoholismus und Epilepsie, bei der das Trauma wahrscheinlich eine geringere Rolle spielt.

Bernard (28) beobachtete bei einem 33 jährigen Arzt 1 Jahr nach Sturz vom Rade eine Epilepsie, die sich äußert in Absenzen und in generalisierten Krampfanfällen, nach denen schlaffe Lähmung des linken Armes zurückblieb. Die Untersuchung ergab außer leichter Insuffizienz des rechten Rectus internus keine Abweichungen. Der Tod erfolgte im epileptischen Status. Es fand sich eine Verdickung der Innenlamellen des rechten Stirnbeins, Einklemmung der mit älteren Blutungen durchsetzten Dura in diese Lamellen. Wahrscheinlich ist bei dem Sturz eine Fraktur der Tabula interna des Schädelknochens erfolgt und die angedrängte Dura hineingeklemmt worden. Größere raumbeengende Blutungen wurden nicht gefunden. Der Herd hat lediglich als anatomische Reizquelle gewirkt.



Jolly (130) sah bei einem bis dahin gesunden nicht belasteten 23 jährigen Mann 14 Tage nach einer Verletzung durch 500 Volt Wechselstrom Epilepsie mit generalisierten Anfällen auftreten. Lokalsymptome konnten nicht festgestellt werden. Es wird Zusammenhang zwischen Trauma und Epilepsie angenommen und über ähnliche Fälle in der Literatur berichtet.

Tsiminakis und *Zografides* (268) beschreiben Fälle kindlicher Epilepsie, bei denen die Rachenmandeln vergrößert gefunden wurden. Durch Entfernung der Rachenmandeln wurden die Anfälle beseitigt. (Es handelt sich also um Reflexepilepsie nach Auffassung der beiden Verfasser.) Die Krampfanfälle trugen meist generalisierten Charakter.

Ähnlich verhält es sich mit dem von *Mackintosh* (168) beschriebenen Fall: Bei dem 4 jährigen Kind blieben die Anfälle nach Entfernung der adenoiden Vegetationen weg.

Sainton und *Chirag* (232) schildern Krampfanfälle von echt epileptischem Charakter bei der kindlichen Zerebrospinalmeningitis und regen die Frage an, ob nicht überhaupt häufiger, als es den Anschein hat, die kindliche Epilepsie bedingt ist durch meningitische Komplikationen von Infektionskrankheiten. In der Diskussion weist *Balint* auf die Häufigkeit syphilitischer Genese der kindlichen Epilepsie hin.

Cerletti (57) untersuchte die anatomischen Veränderungen bei der infektiösen Staupe der Hunde. Es finden sich Infiltrate der Lymphscheiden und produktive Veränderung an den Gefäßwänden. Im Zusammenhang damit bemerkt *Cerletti*, daß auch menschliche Infektionskrankheiten nicht selten herdförmige infiltrative und produktive Prozesse im Gehirn hinterlassen, die denen der Staupe ähnlich sind. Bei genauer mikroskopischer Untersuchung von anscheinend normalen Epileptikergehirnen findet man nicht selten bindegewebige oder gliöse Narben. Das läßt den Schluß zu, daß die scheinbar idiopathische Epilepsie öfter, als man glaubt, durch erworbene organische Prozesse bedingt ist, wenn man nur sorgfältig nach ihren Spuren sucht.

Bolten (42) verwirft die Anschauung von dem zerebralen Ursprung der Epilepsie und bricht über alle sonstigen Stoffwechseltheorien den Stab. Nach seiner Auffassung handelt es sich bei der echten E. um eine unzureichende Wirkung der Schilddrüse und Nebenschilddrüse, infolge deren normale Stoffwechselprodukte schädigend wirken können. Er will durch rektale Einspritzungen des Preßsaftes der Schilddrüse und Nebenschilddrüse von Rindern zahlreiche Fälle von echter E. geheilt haben. Dabei macht er aber die Einschränkung, daß echte E. klinisch oft nicht von symptomatischer, durch alte Meningoenzephalitis verursachter zu unterscheiden sei; dies sei manchmal nur durch die Anamnese oder Leichenöffnung festzustellen. Es läuft also auch hier auf einen Streit um die Etikette hinaus.

v. Malaisé (171) geht auf die Diagnostik der halbseitigen Anfälle ein: Die Anfälle von rein *Jackson*schem Charakter haben — bei erhaltenem Bewußtsein — einen gesetzmäßigen, durch die topographische Anordnung der motorischen Rindenfelder vorgezeichneten Ablauf. Bei der genuinen E. kommen gelegentlich auch *Jackson*sche Anfälle ohne Bewußtseinsverlust vor; diese, wie die außerdem nach



echten, ausgebildeten Anfällen auftretenden Halbseitenerscheinungen weisen auf einen Rindenherd als Ausgangspunkt der E. hin.

Suchow (266a) berichtet ausführlich über zwei Fälle, in denen neben Epilepsie die *Bechterew*sche Form der Wirbelsäuleversteifung vorlag. *S.* betont die besondere Stellung dieser Form gegenüber der *Marie-Strümpell*schen Spondylose rhizomélique und bestraeitet, dß das Zusammentreffen dieser Erkrankung mit der Epilepsie als ein zufälliges angesehen werden könnte. In Analogie mit den bereits bekannten Kombinationen der epileptischen Diathese mit anderen osteotrophischen Erkrankungen (Rachitis, Osteomalakie) könnte es sich auch hier um Entwicklung der *Bechterew*schen Erkrankung auf dem Boden der epileptischen Diathese handeln.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Symptomatologie und Diagnose.

Hallager (109) betont gegenüber *Allers* die Häufigkeit der postparoxysmalen Albuminurie, die nur manchmal schwer nachzuweisen sei, weil das Albumen nur in dem unmittelbar nach dem Anfall gelassenen Urin und oft nur in sehr geringen Quantitäten zu finden ist. Er führt sie auf eine transitorische Nierenanämie infolge von Kontraktion der Nierengefäße zurück. Entsprechend wird die manchmal nach dem Anfall beobachtete Polyurie als die Folge einer reaktiven Hyperhämie erklärt.

Sioli (240) fand bei einer Patientin mit echter Epilepsie bei der Sektion (der Tod war im Status epilepticus erfolgt) in der Spitze des rechten Schläfenlappens ein etwa 5 cm langes Stück eines Federhalters. Die Vorgeschichte und der übrige Befund ergab, daß der Fremdkörper etwa 14 Monate vorher bei einem Anfall und Sturz durch die Orbita in die Schädelhöhle eingedrungen und verheilt war, ohne Symptome zu machen.

Schuppius (254) untersucht die Schreibfähigkeit der Epileptiker, indem er unmittelbar nach dem Anfall und dann später wieder eine kurze Niederschrift machen läßt. Es fanden sich in vielen Fällen formale und inhaltliche Störungen der Schrift, alle ganz verschiedener Art und Grades, die sich teils auf Ermüdung, teils auf Herabsetzung der Aufmerksamkeit zurückführen lassen. Differentialdiagnostisch sind die Befunde nicht zu verwerten, höchstens zur Beurteilung der Schwere des vorausgegangenen Anfalls.

Stransky (265) beobachtete längere Zeit hindurch einen Fall, der ursprünglich völlig unter dem Bild der genuinen Epilepsie verlief, und bei dem erst später ausgesprochene Halbseitensymptome auftraten. Auch diese Beobachtung zeigt, daß der genuinen Epilepsie häufig herdförmige anatomische Veränderungen zugrunde liegen, teils larviert zerebrale oder, wie Verfasser für den vorliegenden Fall annimmt, ein selbständiger sklerosierender Prozeß der motorischen Hirnrinde.

Neurath (199) beobachtete ein Kind aus linkshändiger Familie, das 6 Wochen nach dem berechneten Termin asphyktisch geboren wurde. Am 3. Lebenstag setzten neben starkem Ikterus rechtsseitige Konvulsionen ein, später wieder epileptische Krämpfe von wechselnder Dauer, außerdem Attacken von Lähmung des rechten Beines unter Schmerzen des rechten Beines bei erhaltenem Bewußtsein. *Neurath* faßt den



Fall so auf: Es handelt sich um eine hereditäre — wegen der familiären Linkshändigkeit — Minderwertigkeit oder Entwicklungsstörung der linken Hemisphäre. Diese geschädigte Hemisphäre wurde ein Angriffspunkt für das Geburtstrauma, das zu einer Meningealblutung führte, welche die initialen und epileptischen Krämpfe bedingt. Die transitorische Lähmung des rechten Beines ist ein paralytisches Äquivalent für einen *Jackson*schen Anfall.

Näcke (194) beschreibt eine echt luetische Paralyse mit typischem Sektionsbefund, bei der aber im Vordergrund des klinischen Krankheitsbildes epileptische Anfälle und ein lange dauernder amnestischer Symptomen-Komplex standen.

Gurewitsch (94) schildert transitorische und länger dauernde psychische Störung der Epileptiker vom Charakter der Manie, Paranoia und Dementia praecox und versucht ihre differentialdiagnostische Abgrenzung gegen reine Formen der genannten Psychosen. Dabei ist zu bemerken, daß unter seinen Fällen eine ganze Anzahl sind, bei denen er die Diagnose Epilepsie lediglich aus dem Charakter der Dämmerzustände, der Stimmungsstörungen, der Demenz und anderen psychischen Symptomen stellt, ohne daß jemals ein Krampfanfall beobachtet wurde.

Beyer (33) beobachtete das Aufhören eines epileptischen Dämmerzustandes infolge einer Leuchtgasvergiftung und sieht die Ursache in der Veränderung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes.

Latapie und *Cier* (160) schildern eine epileptische Kranke, welche neben den motorischen Anfällen psychische Äquivalente hat. Diese werden eingeleitet durch einen schweren Verstimmungszustand mit Versündigungsideen bei völlig erhaltenem Bewußtsein und nachträglich erhaltener Erinnerung. Dem aber folgt der eigentliche Dämmerzustand mit intensiven gewalttätigen, auf Selbstvernichtung und Selbstverstümmlung abzielenden Handlungen, für die nachher völlige Amnesie besteht. Die Verfasser betonen namentlich die Wichtigkeit aus dem vorausgehenden Verstimmungszustand auf den Charakter der folgenden Handlungen zu schließen.

Eine französische Darstellung der epileptischen Demenz von *Barbé* (12) zeichnet sich durch eine außerordentliche Oberflächlichkeit aus. Der Verfasser unterscheidet „troubles intellectuels“ und „troubles physiques“ (Zittern und Stottern), erwähnt aber mit keinem Wort den affektiv ethischen Verfall; gibt dann eine Einteilung der Demenz nach dem Lebensalter, der Entwicklung und den begleitenden nervösen und psychischen Störungen, wobei er z. B. die Anfälle der Katatoniker als Dementia praecox der Epileptiker oder als eine Komplikation der Dementia praecox mit Epilepsie bezeichnet. Prognostische Momente, genauere psychologische Analysen, worin eigentlich die epileptische Demenz besteht, werden gar nicht erwähnt.

Damaye (62—66) macht in mehreren Arbeiten auf einen psychischen Zustand aufmerksam, der sich an den epileptischen Status anschließt und charakterisiert ist durch Verwirrtheit mit hochgradiger motorischer Erregung, Temperatursteigerung und apathische Zustände der Muskulatur; das bezeichnet er als manische Agitation. In der ersten Arbeit werden zwei tötlich verlaufene Fälle geschildert. Bei dem einen bestand Arteriosklerose, bei dem anderen Nephritis. Die Hirnbefunde boten nichts Spezifisches, nur mikroskopische Vermehrung der Gliakerne. In den beiden



folgenden Arbeiten wird hervorgehoben, daß sich der Zustand durch eine Veränderung der Blutbilder: Verschwinden der eosinophilen Zellen und Vermehrung der polynukleären auszeichnet. Dem psychischen Äquivalent des epileptischen Status, namentlich in seiner agitierten („manischen") Form, legt *Damaye* eine schlechtere Prognose bei als dem konvulsiven Status. Er empfiehlt Darmspülungen und Darreichung von hohen Chloraldosen, die bei Unfähigkeit zu schlucken mit der Magensonde von der Nase eingeführt werden müssen. Brom soll ganz wirkungslos sein. Dagegen sollen Jodpräparate in der Rekonvaleszenz zur Beschleunigung der Eosinophilie von Nutzen sein.

Toulouse und *Pieron* (272) gehen in einer experimentalen Arbeit noch einmal auf die wissenschaftlichen Grundlagen der von *Toulouse* inaugurierten Salzverarmung des Organismus ein. Die bei Hunden mit verschiedenen Salzlösungen angestellten Versuche zeigen: das gegenseitige Verhältnis zwischen Bromsalzen und Kochsalz hat nichts mit dem osmotischen Gleichgewicht des Serums zu tun, sondern beruht lediglich darauf, daß bei Reduktion des Kochsalzes in den Geweben, vor allem im Nervensystem, das Brom an die Stelle von Chlor tritt. Die Verfasser beziehen sich dabei auch auf eine Arbeit von *Sarvourt*, der von zwei mit gleichen Brommengen versehenen Hunden dem einen Kochsalz entzog und dann in seinem Gehirn eine viel größere Menge von Brom nachweisen konnte als in dem anderen. Mit besonderem Nachdruck betonen die Verfasser nochmals, daß die krampfherabsetzende Wirkung der kochsalzarmen Diät nicht auf der Verminderung des Kochsalzes beruhe, so wenig wie die Steigerung der Kochsalzzufuhr allein Krämpfe auslöse. Die Wirkung der kochsalzarmen Diät beruht nur darauf, daß mehr Brom im Nervengewebe deponiert wird.

In Zürich sind unter dem Einfluß von *Ulrich* (278—279) eine Anzahl Arbeiten entstanden, die sich alle mit der salzarmen Diätbehandlung der Epileptiker beschäftigen. Es wird nochmals betont, daß eine Besserung der genuinen Epilepsie nur bei gleichmäßiger und lange Zeit fortgesetzter Brombehandlung zu erwarten ist, daß eine bessere Bromwirkung durch Kochsalzentzug erreicht wird. Es handelt sich aber nicht um den diätisch und technisch sehr schwierigen absoluten Entzug allen Kochsalzes, sondern nur um eine Herabminderung der in den Speisen enthaltenen übermäßigen Kochsalzquantitäten. Die Verfasser fanden bei den Untersuchungen der Speisen, daß die Hauptmenge des Kochsalzes in den Suppen enthalten ist, die in der täglichen Verpflegung in Zürich eine große Rolle spielen. Um diese Suppen kochsalzarm, aber doch nicht geschmacklos herzustellen, empfiehlt *Ulrich* eine Mischung von 1,2 Bromnatrium, 0,1 Kochsalz, Extraktivstoffe pflanzlichen Eiweißes und Fett. Die Mischung kommt in Tablettenform unter dem Namen „Sedobrol" in den Handel und dient zur Herstellung von Suppen sowie zum Würzen anderer Speisen. Dabei gelang es, mit etwa 3 g auf diese Weise einverleibten Bromnatriums dieselben antiepileptischen Wirkungen zu erzielen wie unter dem kochsalzreichen Beginn mit 5 g. Es wird dann noch auf die Bedenklichkeit eines zuweitgehenden Chlorentzugs hingewiesen, indem dann schon geringe Bromüberschüsse Bromisnus, geringe Zugaben von Chlor schwere Anfälle hervorrufen können.

Mäßiger Bromismus und Bromakne werden durch sorgfältig dosierte Koch-



salzzufuhr eventuell unter mäßiger Reduktion des Brom und Ersatz durch Chloral bekämpft.

Hauptmann (115) berichtet aus der Freiburger Klinik von den günstigen Erfolgen des Luminal bei der Epilepsiebehandlung. Wo selbst hohe Bromdosen versagen, ist es schon in Dosen von 0,2—0,3 g pro Tag imstande, die Anfälle an Zahl und Schwere herabzusetzen; dabei tritt keine kumulative Wirkung ein. Auch von anderen Seiten wird die günstige Beeinflussung der Epilepsie durch Luminal bestätigt.

Joedicke (128) bespricht die gebräuchliche medikamentöse Behandlung des Status epilepticus und empfiehlt aus eigener Erfahrung energische Darmreinigung, dann rektale Verabreichung von 3,0 Amylenhydrat mit Strophantus, dann Aderlaß von 50—150 cbcm Blut und nachfolgende subkutane Infusion von *Ringer*scher Lösung (Natr. chlorat 9,0. Natr. bicarb, Calc. chlorat, Kal. chlorat aa 0,2 Aqu. dest. 1000). Er bringt eine Anzahl entsprechender Fälle, bei denen er gute Erfolge sah.

Dorner (75) gibt bei schwerem Status zwei- bis dreimal 0,003 Atropin sulf. subkutan in 24 Stunden und hat darnach Sistieren der Anfälle und Hebung der Herztätigkeit gesehen. Auch bei gewöhnlicher Epilepsie mit häufigen Anfällen gibt er mit oder ohne Brom Atropin 0,03 : 10,0 dreimal täglich 10—20 Tropfen mit gutem Erfolg. Das Atropin wirkt erregend auf das Herz, reguliert die Darmtätigkeit und ist im übrigen gefahrlos.

Bei der Eklampsiebehandlung empfiehlt *Veit* (281) als wichtigste Therapie die vaginale Schnellentbindung, womöglich nach dem ersten Anfall. Dann macht er einen Aderlaß von 500 g, gibt Morphium und läßt bei weiterer Unruhe Chloralhydrat folgen.

W. H. Becker (21) zählt die gegen Epilepsie gebrauchten Arzneimittel auf, nimmt aber dazu keine Stellung und gibt keine besonderen Vorschläge. Er sieht nur die Zukunft der Epilepsiebehandlung in der operativen Therapie.

Im Gegensatz dazu äußert sich *Buzzard* (55) sehr ablehnend über die chirurgische Behandlung, bemerkt, daß man dabei neben den Krämpfen auch noch eine Lähmung setzen könne und bespricht die individuelle Behandlung, die den Besonderheiten jeden einzelnen Falles Rechnung trägt.

Die operativen Behandlungsmethoden der Epilepsie sind von *Binswanger* (39) und *Rehn* (218) ausführlich besprochen worden. *Binswanger* erwartet sehr günstige Erfolge nur bei umschriebenen traumatischen Hirnherden, die bis dahin nur zu reinen Rindenkrämpfen, noch nicht zu einem epileptischen Gesamtleiden geführt haben und macht auf die Wichtigkeit dieser Unterscheidung aufmerksam. Doch gibt er zu, auch einige günstige Erfolge bei der traumatischen Epilepsie gesehen zu haben. Die epileptischen Anfälle, welche auf dem Boden infantiler umschriebener enzephalitischer Erkrankungen entstanden sind, bieten für operative Behandlung eine günstige Aussicht. Zu ihrer Erkennung ist genaue Feststellung etwaiger Ausfallsymptome in der anfallfreien Zeit sowie der initialen Symptome der Anfälle selbst erforderlich. Die operative Behandlung der echten genuinen Epilepsie, die sich nicht auf solche enzephalische Herde zurückführen läßt, ist zu widerraten, auch die Beseitigung eines erhöhten Hirndruckes durch Palliativtrepanation erzielt keine

Dauererfolge. Nach *Rehn* ist die Voraussetzung jeder operativen Epilepsiebehandlung sorgfältigste Duraplastik, um Verwachsungen der Dura mit der Hirnoberfläche zu verhüten. Bei Schädelnarben, die noch nicht zu Epilepsie geführt haben, ist diese prophylaktische Operation leichter durchzuführen. Bei schon bestehender Epilepsie ist die Gefahr der Verwachsung der Dura mit den darunterliegenden bindegewebigen Schwielen größer. Deshalb soll hier Fettgewebe als Puffer zwischen Dura und Hirnoberfläche transplantiert werden.

D. Chorea und andere motorische Neurosen.

Payan und *Matthei* (209) geben eine Gesamtdarstellung der Chorea minor, die keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte bringt. Bezüglich der Herzsymptome führen die Verfasser aus, daß es eine gutartige transitorische Herzaffektion infolge der Übertragung der spezifischen motorischen Störung der Chorea auf den Herzmuskel gibt. Sie äußert sich in Arythmie und Geräuschen und verschwindet mit der Heilung der Chorea. Die anderen bei der Chorea zu beobachtenden endokardialen Prozesse fassen die Verfasser als rheumatische Komplikationen der Chorea auf.

Westphal (295) teilt zwei tödlich verlaufene Fälle von Chorea mit atypischen klinischen Erscheinungen mit. In einem Fall fehlten die Patellarreflexe während des ganzen Verlaufs der Chorea; die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab akute Degeneration der Vorderhornganglienzellen, die bakteriologische Untersuchung konnte nur an den frischen endokarditischen Wucherungen, nicht aber im Blut, Gehirn oder Rückenmark Streptokokken nachweisen. Im zweiten Fall bestand neben der Chorea eine ausgesprochene Ophthalmoplegie, Lidlähmung, beide Bulbi unbeweglich, nach außen fixiert. Es fanden sich zahlreiche frische Blutungen im Höhlengrau, besonders am Boden des 3. Ventrikels und um den Aquädukt.

Diefendorf (69) gibt eine Darstellung der Choreapsychosen, von denen er zwei Gruppen unterscheidet. Die leichteren flüchtigeren Formen, die bei erhaltenem Bewußtsein, geordnetem Vorstellungsablauf affektive Störungen, ängstliche Unruhe, Reizbarkeit zeigen und die eigentlichen Choreapsychosen, bei denen ein delirantes Bild im Vordergrund steht, Inkohärenz, lebhafte Halluzinationen und Illusionen, oft ängstliche Vorstellungen. Der Ausgang ist Heilung oder Übergang in eine paranoide oder stuporöse Form. Außerdem kommen gelegentlich Fälle vor, die eine zufällige Komplikation einer schon bestehenden Psychose mit Chorea sind: Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, auch Paralyse kompliziert mit Chorea.

Halbey (107) teilt einige Fälle chronischer Psychosen, die bei Chorea minor Erwachsener aufgetreten sind, mit. In einem zweiten Fall handelt es sich aber anscheinend um die Komplikation einer andersartigen, wahrscheinlich arteriosklerotischen Psychose mit Chorea. Ferner schildert er den psychischen Zustand von vier Geschwistern mit *Huntington*scher Chorea, bei denen mäßige oder stärkere Demenz bestand. Im Gegensatz zu den Choreapsychosen will er diese bei der hereditären Chorea entstehenden Defekte als Dementia choreatica bezeichnen.



M. Weber (286) gibt eine ausführliche Schilderung und Besprechung von drei Fällen *Huntington*scher Chorea. Heredität ist in allen drei Fällen nachzuweisen. Die psychischen Störungen zeigen Ähnlichkeit mit jugendlichen Verblödungsprozessen; in einem Falle traten auch katatone Züge, Sinnestäuschungen und Größenideen auf. Neues enthält die Abhandlung nicht.

Grober (103) gibt eine allgemeine Übersicht über die Behandlungsmethoden der Chorea, betont besonders den psychischen Faktor, empfiehlt deswegen körperliche und seelische Ruhe, aber nicht zuweit getriebene Isolation: Kost, Bettwärme, protrahierte warme Bäder, aber Schwitzkuren nur mit Vorsicht. Von arzneilicher Behandlung erwartet er nicht viel, rät aber zu Arsenik, Antipyrin und zu leichteren Dosen von Schlafmitteln. Herzmittel nur bei Stauungserscheinungen.

Salinger und *Szametz* (234, 244) teilen je einen Fall von Chorea minor bei 10 jährigen Kindern mit, die durch intravenöse Injektion von 0,1—0,2 Salvarsan geheilt wurden. In dem Fall von *Salinger* war Lues vorhanden, im anderen Fall nicht nachzuweisen.

Lundborg (167) fand bei der familienbiologischen Untersuchung eines schwedischen Bauerngeschlechtes, daß hier neben anderen nervösen und psychischen Störungen auch die Paralysis agitans etwa neunmal vorkam. Es scheint also auch bei dieser Erkrankung die Erblichkeit eine gewisse Rolle zu spielen. *Lundborg* betont noch, daß die Erblichkeit der Paralysis agitans vielleicht deshalb weniger in Erscheinung tritt, weil bei dem späten Ausbruch der Erkrankung viele Individuen, die den Krankheitskeim in sich tragen, sterben, ehe die Krankheit zum Ausbruch kommt.

H. König (147) gibt eine klinische Kasuistik der Paralysis agitans. Es geht daraus hervor, daß bei dieser Erkrankung häufig eine abnorme Stimmungslage im Sinne hypochondrischer Depression und Reizbarkeit eintritt. Gelegentlich entwickelt sich daraus eine echte Psychose melancholischen oder paranoischen Charakters. Häufig tritt als Komplikation senile oder arteriosklerotische Demenz auf.

Krukowsky (154) beobachtete den seltenen Fall einer Paralysis agitans bei einem 23 jährigen Mädchen. Die absolut typischen Symptome: Muskelrigidität, Retropulsion, Haltung und Zittern, maskenartiger Gesichtsausdruck, ließen die Diagnose einwandfrei erscheinen, zumal Hysterie, multiple Sklerose oder andere organische Erkrankungen ausgeschlossen werden konnten. Besondere ätiologische Momente, namentlich Heredität, waren nicht nachzuweisen.

Haškovec und *Basta* (113) haben die spinalen Markfasern und die Nerven der Spinalwurzeln bei Paralysis agitans untersucht und fanden im Innern der Markscheide ein kompliziertes Netz, dem gleichförmige und auffallend symmetrisch gelegene rosettenförmige Gebilde zugrunde liegen. Sie sind geneigt, diese „intramedullären" Netze als gliöser Natur und den Fasern der zentralen Neuroglia analog anzusprechen, und glauben, daß der pathologische Prozeß der Paralysis agitans überhaupt von der Neuroglia ausgeht und diffuser, nicht lokalisierter Natur ist.

Bregman (48) schildert an mehreren Fällen eine bisher von *Oppenheim*, *Ziehen* u. a. beschriebene Krampfkrankheit des Pubertätsalters, die sich in klonischen und tonischen Krämpfen zuerst der gekreuzten Extremitäten, dann weiterer Ab-



schnitte der Körpermuskulatur äußert und zu bizarren Stellungen der Glieder führt. Sie sind manchmal den choreatischen Bewegungen ähnlich, werden stärker bei intendierten Bewegungen und darauf gerichteter Aufmerksamkeit. Sie können zu Spitzfußstellung führen. Diagnostische und organische Hirnerkrankungen Chorea, Athetose, Tic auszuschließen. Auch Hysterie kommt nicht in Frage. Die Krankheit wird von den anderen Autoren als Torsionsneurose oder Torsionsspasmus bezeichnet und ist bisher nur bei Juden beobachtet.

Einen gleichen Fall, der ebenfalls einen galizischen Juden betrifft, beschreibt *Bernstein* (32). Hier ist das Leiden familiär und besteht bei einem 38 jährigen Mann seit 25 Jahren. Auch *Bernstein* schließt sich in diagnostischer Beziehung den obigen Ausführungen an.

Zur Behandlung des Schreibkrampfes teilt *Noehte* (202) einige Fälle mit, welche zeigen, wie dieses Leiden auf stark psychopathischer Grundlage hauptsächlich durch seelische Konflikte entsteht. Die Behandlung muß durch eine vollständige Psychoanalyse diesen ursächlichen Zusammenhang aufdecken, dann aber in bewußter Erziehung nach der Art von *Dubois* auf den Patienten einwirken. Endlich müssen systematische Schreibübungen gemacht werden.

Laache (156) gibt eine zusammenhängende Darstellung über Pathologie und Therapie des Schwindels. Er betont den subjektiven Charakter des Symptoms, welcher sich in objektiven Bewegungsstörungen nicht kund zu tun braucht. Alle exogenen und endogenen Momente, welche die Gleichgewichtsfunktion stören, sind geeignet, Schwindel hervorzurufen. Von allgemeinen Ursachen wird der Höhenschwindel, der Drehschwindel und die Seekrankheit erwählt, bei letzterer schildert *Laache* noch besonders den Kajakschwindel der Grönländer. Bei Hirnprozessen muß der Schwindel, namentlich zusammen mit Gedächtnisschwäche in erster Linie als Allgemeinsymptom aufgefaßt werden, dessen lokalisatorische Bedeutung im einzelnen Fall noch festzustellen ist. Die Therapie wird entsprechend der ätiologischen Grundlagen ausführlich besprochen.

Erben (81) gibt eine Anzahl wertvoller diagnostischer Merkmale zu dem Symptom des Schwindels. Sie knüpfen vor allem an die objektive Erscheinung des Nystagmus an. Er schildert die Symptome bei der experimentellen Reizung des Vestibularapparates durch kalorische, galvanische und rotatorische Reize bei Gesunden und Labyrinthkranken und gibt namentlich eine ausführliche Darstellung der pathologischen Abweichungen. Dann fordert er scharfe Unterscheidung zwischen spinalem und vestibularem Romberg. Auch für die Abgrenzung des neurasthenischen Schwindels von dem organisch bedingten werden genaue Unterscheidungszeichen angegeben und für den neurasthenischen Schwindel, namentlich auf die begleitende Angst, hingewiesen. Die angeführten Symptome gestatten in den meisten Fällen auch die Erkennung des simulierten Schwindelgefühls.

E. Hysterie.

Steyerthal (260, 261) wiederholt, was er schon in früheren Arbeiten ausgesprochen hat, daß es keine einheitliche Erkrankung „Hysterie“, sondern nur hysterische Symptomenkomplexe gebe, z. B. die hysterischen Anfälle, hysterische Stigmata,



die bei den verschiedenartigsten Erkrankungen auftreten können, z. B. beim angeborenen Schwachsinn, der psychopathischen Minderwertigkeit, bei der erworbenen Nervenschwäche. Auch aus praktischen Gründen will *St.* das Wort „hysterisch“ aus der ärztlichen Nomenklatur entfernt wissen.

Aronsohn (6) versucht eine psychologische Ableitung des Hysteriebegriffs, den er auf den Charakter zurückzuführen sucht; es seien die Individuen, die ihren Eigenwillen nicht den Kulturanforderungen unterwerfen können und dadurch in eine Dulderrolle gedrängt werden. Der Verf. verwechselt zum Teil Hysterie mit Paranoia; auch seine Voraussetzung daß die Ausbreitung der Hysterie mit den Fortschritten der Kultur gleichen Schritt hält, ist falsch.

Skliar (241) kommt nach Besprechung der Literatur auf Grund seiner Krankengeschichten zu dem Resultat, daß die Hysterie eine Psychoneurose sei, die sich durch erhöhte affektive Erregbarkeit, besonders durch Erhöhung des „egozentrischen Gefühls“ auszeichne. Daraus entwickelt sich die hysterische Suggestibilität und das labile Temperament der Hysterischen.

Parkes Weber (287) erblickt das Wesen der Hysterie in einer Steigerung oder krankhaften Veränderung tertiärer weiblicher Geschlechtscharaktere psychischer Art, unter denen er besonders die dem weiblichen Geschlecht eigene Täuschungssucht anführt. In einer zweiten ausführlicheren Arbeit bringt er hierzu kasuistische Belege.

Morselli (189) wünscht eine scharfe Trennung der Neurosen und anderen Erkrankungen, bei denen einzelne hysterische Symptome auftreten, von der Gruppe von Fällen, welche ausschließlich hysterische Symptome aufweisen. Die letzteren stellen die Hysterie im eigenen Sinne dar.

Müller de la Fuente (190) sieht die Grundlage der Hysterie in einer psychischen Minderwertigkeit, die in einer der jeweiligen Rasse des Individuums sonst nicht entsprechenden mangelhaften Entwicklung beruht, sie ist dem Infantilismus ähnlich. Diese Disposition kann sich im einzelnen Falle zu einer echten Hysterie oder zu vorübergehenden hysterischen Störungen entwickeln.

Broese (51) beschreibt den Fall eines nichtbelasteten gesunden Soldaten, welcher ohne äußere körperliche oder psychische Veranlassung in einen 24 Stunden dauernden Dämmerzustand verfällt, der seinem ganzen Charakter nach ein hysterischer sein muß. Weitere hysterische Symptome sind bei ihm in der Folge nicht wieder aufgetreten.

Kannabich (136) sucht nachzuweisen, daß man in sehr vielen Fällen, in denen mit Recht die Diagnose „Hysterie“ gestellt wird, eine Beimischung zyklothymischer Elemente finden kann. Diese Tatsache ist um so beachtenswerter, als hierbei suizidale Neigungen der Patienten entlarvt werden können. Bei der Internierung von Patienten in Anstalten muß an die Möglichkeit der Kombination von Hysterie und Zyklothymie gedacht werden. (*Fleischmann*-Kiew.)

Schönfeld (248) hat einen Fall von reiner kortikaler, motorischer Aphasie beobachtet, der ausschließlich hysterischer Natur ist; dafür spricht die Entstehung durch ein affektbetontes Vorkommnis, das Fehlen von zerebralen Herdsym-



ptomen, der hysterische Charakter der Krämpfe und der günstige Einfluß der psychisch-therapeutischen Methode auf die Sprachstörung.

Ähnlich liegt der Fall von *Dölger* (71), bei dem eine absolute beiderseitige Taubheit sich nach der Anamnese, den Begleitsymptomen und der raschen Besserung als hysterisch bedingt erwies.

Di Gaspero (95) hat Untersuchungen über eine besondere Form hysterischer Lähmungen angestellt. Sie werden ausgelöst häufig durch ein mechanisches Trauma ohne organische Wirkungen. Sie zeichnen sich vor den übrigen hysterischen Lähmungen durch das Hinzukommen vasovegetativer Störungen aus, welche in einem Ausbleiben der psycho-physiologischen Blutverschiebungen bestehen. Die Prognose dieser Lähmungen, die er als hysteriforme oder traumatogene bezeichnet, ist ungünstig.

Williams (296) weist von neuem auf den psychischen Ursprung der hysterischen Symptome hin und zeigt die Möglichkeit, diese Mechanismen aufzudecken. Bei der Behandlung ist eine verständige Erörterung dieser Zusammenhänge zweckdienlicher als das reine suggestive Verfahren.

G. Flatau (87) berichtet über das Vorkommen des *Ganser*schen Symptomenkomplexes bei nicht Kriminellen. Es handelt sich bei den von ihm berichteten Fällen meist um ausgesprochen Hysterische, bei denen verschiedenartige gefühlsbetonende Ereignisse das Symptom auslösen können. Es ist nicht verschieden von dem gleichen Symptom bei Kriminellen, aber es ist von kürzerer Dauer. Bei der Behandlung empfiehlt er Bettruhe unter möglichster Ignorierung des Symptoms.

Eckert (79) weist an der Hand von zwei Beobachtungen darauf hin, daß nicht nur infolge von Hitzschlag, wie er früher berichtet hat, sondern auch bei anderen Wärmestauungen im Körper, z. B. bei einer fieberhaften Angina Anfälle und Zustände von ausgesprochen hysterischem Charakter auftreten können, es handelt sich dann meist um prädisponierte Individuen. Der Verlauf dieser Fälle ist günstig, was, wegen der Differentialdiagnostik gegenüber den echten Hitzschlagfolgen, wichtig ist.

Hänel (105) führt aus, daß die traumatische Hysterie am deutlichsten die abnorme Reaktionsweise des Hysterischen erkennen lasse. Außer dem Trauma kommen psychische Momente, insbesondere affektiver Art, in Betracht, unter denen die Rentenbegehrung nur eines darstellt.

Roux (226) schildert die verschiedenen klinischen Formen der hysterischen Verdauungsstörungen: das Erbrechen, die Anorexie, die Gastralgie, die hysterischen Diarrhöen, Schmerzen, die mit Ulcus- oder Appendizitisschmerzen verwechselt werden können. Dabei wird die Differentialdiagnose und Therapie besprochen.

Montanus (187) schildert die Lebensgeschichte eines hysterischen Bauernmädchens, daß zahlreiche Ekstasen, hysterische Stigmata und andere schwere hysterische Zustände zeigte. Teils aktiv, teils als Werkzeug einer fanatischen Geistlichkeit gelang es ihr ein Kloster zu gründen selbst gegen den Willen des Bischofs und es dahin zu bringen, daß dieser schließlich abdankte.



F. Schilddrüsenerkrankungen.

Engelhorn (80) stellt auf Grund klinischer Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen den Zusammenhang der Schilddrüse mit den Sexualvorgängen fest. Eine Vergrößerung der Schilddrüse zur Zeit der Pubertät, der Menses, in der Schwangerschaft und im Klimakterium ist einwandsfrei. Während der Schwangerschaft kommt diese Vergrößerung der Schilddrüse durch eine echte Hypertrophie und Hyperplasie des Organs zustande. Vielleicht wird diese Hyperplasie durch eine Hemmung der Ovarialfunktionen bewirkt. Darreichung von Ovarialsubstanz bei schwangeren Frauen erzielt Verkleinerung der Schilddrüse.

A. Kocher (145) teilt ausführlich seine histologischen und klinischen Untersuchungen der Basedow-Schilddrüse mit. Er fand stets Veränderungen gegenüber dem normalen Befund: Die Schilddrüse ist stets vergrößert; die Vergrößerung beruht auf einer Vermehrung und Vergrößerung der Drüsenläppchen und Drüsenbläschen gegenüber der Norm. Dabei ist auch das Epithel vermehrt und vergrößert; der Bläscheninhalt ist verflüssigt, sein Jodgehalt vermehrt; es wird kein kolloides Material mehr aufgespeichert. Die histologischen Befunde, ihre quantitative Anordnung lassen Schlüsse auf Ätiologie, Verlauf und Dauer der Basedow-Erkrankungen zu.

Dyrenfurth (78) berichtet drei Fälle von teils angedeutetem, teils voll entwickeltem Basedow, die 5 Monate bis mehrere Jahre nach verhältnismäßig leichten Unfällen entstanden. In zwei Fällen war eine nervöse Prädisposition vorhanden, welche aber die Erwerbsfähigkeit nicht beeinträchtigt hatte. Der dritte Fall entwickelte sich bei einem bis dahin völlig gesunden Manne. Verf. ist geneigt, einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Unfall und Basedow anzunehmen und teilt dem mit dem Unfall verbundenen psychischen Trauma den Haupteinfluß zu.

Langelaan (159) beschreibt abortive Fälle von Basedow, die sich nach seiner Anschauung aus einer Konstitutionsanomalie, einer angeborenen Schwäche der inneren Drüsen entwickeln. Diese unvollkommenen Formen des Basedow sind flüchtig, treten mit Vorliebe in bestimmten Lebensperioden (Pubertät, Klimakterium) auf und zeichnen sich aus durch Vorwiegen der kardiovaskulären Symptome: Herzschmerzen, Klopfen der Gefäße, Pulsvariabilität, feinschlägiger Tremor.

Schlesinger (246) schildert die Hauptsymptome des akut einsetzenden Basedow und macht besonders auf die rapide Abmagerung, die Diarrhöen und den häufig beobachteten Milztumor aufmerksam. Die Schilddrüsenschwellung ist nicht immer festzustellen; die Augensymptome sind seltener als bei den chronischen Fällen.

Kolb (146) berichtet, daß nach der Operation eines über 27 Jahre bestehenden Kropfes, die nur wegen Stenosenerscheinungen erfolgte, die Durchfälle, die gleichzeitig viele Jahre bestanden hatten, aufhörten. Er macht auf die diagnostische Bedeutung dieses Symptoms für die Basedow-Erkrankungen aufmerksam.

Oswald (205) betont, daß beim Basedow neben den Störungen und Veränderungen der Schilddrüse auch extrathyreoidale Ursachen eine Rolle spielen und sucht den Gegensatz zwischen der thyreoidalen und sympathischen Theorie des Basedow zu überbrücken, indem er als notwendige Voraussetzung für die Wirkung



der Hyperthyreoidie einen Reizzustand des Nervensystems, und zwar einen gleichzeitigen Tonus des sympathischen wie des autonomen Systems annimmt.

Grinstein (102) untersuchte das Blut vieler Basedowkranker, und zwar erstreckten sich seine Untersuchungen sowohl auf ausgesprochene Fälle als auch auf die sogenannten „formes frustes", „Basedowoide" usw. Auf Grund seiner eigenen Untersuchung und der in der Literatur gesammelten Angaben kann der Verf. feststellen, daß Abnahme der Leukozytenzahl und Veränderungen der Zahl der eosinophilen Zellen keineswegs als charakteristisch für die Basedowkrankheit angesehen werden können. Dagegen gehören Lymphozytose und Abnahme der Zahl der neutrophilen Zellen zu den konstantesten Symptomen dieser Krankheit. Bei den „formes frustes" findet man dieselben Veränderungen, nur sind sie weniger ausgesprochen und kommen hier nicht in allen Fällen vor. *Grinstein* geht noch auf die Frage der Einteilung der Fälle resp. der einzelnen Symptome der Basedowschen Krankheit in vagotonische und sympatikotonische Gruppen ein und stellt fest, daß sich eine solche Einteilung auf Grund des Blutbildes nicht durchführen läßt. Die Lymphozytose kann nicht als Ausdruck der vagotonischen Form des Hyperthyreoidismus gedeutet werden. (*Fleischmann*-Kiew.)

Lampé (157) führt aus, daß das charakteristische Merkmal der Blutveränderung beim Basedow, die Lymphozytose, nicht direkt von der Schilddrüse, sondern von der abnormen Funktion des in jedem Fall von Basedow vorhandenen Thymus bedingt werde. Daneben findet sich als weiteres Blutmerkmal beim Basedow Verzögerung der Gerinnung und Erniedrigung des Gefrierpunktes.

Hatiegan (114) kommt auf Grund eigener Untersuchungen zu dem Schluß, daß nur etwa in der Hälfte der Fälle von Struma sich das lymphozytäre Blutbild findet, weshalb man dies nicht für ein so sehr charakteristisches Basedowsymptom halten dürfe.

Hufnagel (124) sah bei tuberkulösem Lungenspitzenkatarrh flüchtige Basedowsymptome auftreten und glaubt, daß es sich hier um toxische Beeinflussungen der Schilddrüse handelt.

Fr. Schulze (252) gibt eine allgemeine Darstellung der Basedowschen Erkrankung, ohne dabei neues zu bringen und betont dann, daß nach den Erfahrungen an der *Rehn*schen Klinik in Frankfurt die Erfolge der chirurgischen Behandlung sehr gute sind, so daß diese als die einzige kausale Therapie bei Basedow zu bezeichnen ist.

Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik berichtet *A. W. Meyer* (184) über einige Fälle, bei denen nach der Kropfoperation deutliche und objektiv nachweisbare Besserungen der Basedowsymptome auftraten. Dabei ist es wichtig, daß nicht nur der kropfig entartete Lappen exstirpiert wird, sondern daß auch der andere Lappen noch nach Möglichkeit verkleinert wird, was nach Abklemmung der Kapselgefäße geschehen kann. Eine größere Blutung ist dabei weniger bedenklich; aber es muß darauf geachtet werden, daß nicht durch Abquetschen des Drüsenlappens plötzlich sehr viel Schilddrüsensekret in das Wundbett und in die Blutbahn gerät, weil diese plötzliche Resorption einen Basedowtod herbeiführen könnte.

Nemenow (197) tritt auf Grund seiner Erfahrungen für Röntgenbehandlung

der Basedowschen Krankheit ein. Durch diese Behandlung wird eine Besserung des Allgemeinbefindens, eine Abnahme der Schweißabsonderung, eine Zunahme des Körpergewichts erreicht. Ebenso günstig wurden Tremor und Diarrhöen beeinflußt. Dagegen gingen Struma und Exophthalmus nur in geringem Grade und sehr langsam zurück. Es scheint, daß die Röntgenstrahlen die Tätigkeit der spezifischen Schilddrüsenzellen hemmen. Doch meint der Verf., daß sich die rasche Heilwirkung durch diese Hemmung allein nicht ganz erklären läßt. Es müssen auch Veränderungen der in der Drüse angesammelten Gifte oder günstige Einwirkungen auf die Schutzkräfte des Organismus stattfinden. Daß die Röntgenbehandlung durch die danach entstehenden Verwachsungen eine spätere Thyreoidektomie erschwert, wird vom Verf. bestritten. (*Fleischmann*-Kiew.)

Bauer (16) berichtet über eine Form von Kropfherz, die von dem sonst beobachteten Typus abweicht: neben akzentuiertem II. Pulmonalton besteht ein akzidentelles Geräusch über der Pulmonalis und Verbreiterung des Herzens nach links. Auch diese Störung hält Verf. für „thyreotoxisch“ bedingt und grenzt sie als torpide Formen von den übrigen ab.

Loewy und *Sommerfeld* (165) untersuchten bei einem 7 jährigen schwer myxömatösen Kind, das bei 8½ kg Gewicht nur 75 cm lang war, den Gas- und Stickstoffumsatz. Im Gegensatz zu gleichen Untersuchungen bei erwachsenen Myxödemkranken fanden sie den Gasstoffwechsel nur unwesentlich geringer gegen die Norm, dagegen den Stickstoffumsatz stark herabgesetzt, so daß das Eiweißretentionsvermögen des Kindes ein sehr hohen war; von dem eingeführten Eiweiß wurde viel mehr angesetzt als bei normalen Kindern. Schilddrüsenpräparate erhöhten den Gasstoffwechsel wie den Eiweißzerfall.

Lobenhoffer (164) hat die Verbreitung des Kropfes in Unterfranken studiert und stellt fest, daß vor allem das dem Muschelkalk entspringende Wasser kropfkrank macht, ferner das aus Buntsandstein und Keuper kommende. Es soll also für die Kropfgemeinden entweder das Wasser aus Basalt hergeleitet oder nur gekochtes Trinkwasser verwandt werden.

Barham (14) beobachtete bei einer über 30 Jahre alten neuropathisch belasteten Frau nach mehreren Geburten die Entstehung eines Myxödems, dem sich eine Psychose von paranoidem Charakter anschloß. Seelische Konflikte und Alkoholmißbrauch werden als begleitende ätiologische Momente angeführt. Schilddrüsendarreichung besserte die psychische Störung, brachte sie aber nicht zur Heilung.

Tobias (270) führt auf Grund einer eigenen Beobachtung aus, daß es eine Form der myasthenischen Paralyse gibt, bei der besonders die Drüsen mit innerer Sekretion objektive Veränderungen zeigen. In seinem Fall fanden sich neben dem klinischen Bild der Myasthenie Symptome von seiten der Schilddrüse und der Epithelkörperchen. Es handelt sich nicht nur um ein zufälliges Zusammentreffen, wie die Befunde anderer Autoren beweisen; eine bestimmte Schlußfolgerung auf die Ätiologie der Myasthenie ist aber noch nicht möglich.



7. Organische Psychosen.

Ref.: Pförringer-Hamburg-Friedrichsberg.

1. *Adler, A.*, Vorschlag zur chirurgischen Behandlung entzündlicher Meningitiden und der progressiven Paralyse. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg. Nr. 1, S. 5.
2. *Alzheimer, A.*, Ergebnisse auf dem Gebiete der pathologischen Histologie der Geistesstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. V, H. 8.
3. *Anton, G.*, Indikationen und Erfolge der operativen Behandlung des Gehirndrucks. Deutsche med. Wschr. Nr. 6, S. 254. (S. 296*.)
4. *Arndt, M.*, Die Diagnose und Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Med. Klin. 1912, Nr. 34, S. 1377.
5. *Arsimoles* et *Halberstadt*, Sur quelques syndromes mentaux dus à la syphilis cérébrale. Revue neurologique no. 21, 15 novembre. (S. 275*.)
6. *Aschaffenburg, G.*, Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 3. Abt., 2. Hälfte, 1. Teil: Prof. *E. Redlich*: Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen, 422 S. 3 M. Leipzig u. Wien 1912. Franz Deuticke. (S. 294*, 300* und 302*.)
7. *Aschaffenburg, G.*, Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 5. Abt.: Dementia paralytica von Prof. Dr. *A. Hoche*. (S. 276* ff.) Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters von Privatdozent Dr. *W. Spielmeyer*. 164 S. 6 M. (S. 289* ff.)
8. *Aschner, B.*, Über die Funktion der Hypophyse. Bonn 1912. M. Hayer.
9. *Ascoli, G.*, u. *Legnani, T.*, Die Folgen der Exstirpation der Hypophyse. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 10, S. 518.
10. *Assayama, T.*, Klinik der Aphasie bei Japanern. (Japanisch.) Neurologia Bd. 11, H. 11, S. 473.
11. *Assmann, H.*, Über Störungen des Nervensystems nach Salvarsanbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Zerebrospinalflüssigkeit. Berl. klin. Wschr. 50, S. 2346.
12. *Bahr, Max, A.* Clinical and autopsy observations in some cases of



adult hydrocephalus and allied conditions. The alienist and neurologist 1912, vol. 33, no. 3, p. 323.

13. *Barbé* et *Levy-Valensi*, Paralysie générale juvenile. Infantilisme. Aspect simiesque. Encéphale février 1912.
14. *Barnes*, *F. M.*, The syphilitic psychoses. Medical record, 19. October.
15. *Barnes*, *Fr. M.*, Errors in the clinical diagnosis of mental disorders associated with cerebral syphilis. The archives of Diagnosis. October 1912.
16. *Barnes*, *Francis M.*, Mental disordres associated with brain syphilis. Americ. journ. of insanity 1912, vol. 58, no. 4, p. 633.
17. *Baschiori-Salvadori*, *E.*, Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der akuten apoplektiformen Bulbärparalyse. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. 1912, 49, H. 2, S. 359.
18. *Beltz*, Über Liquoruntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der *Nonne-Apelt*schen Reaktion. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde Bd. 43, H. 1—2.
19. *Benon*, *R.*, et *Bonvallet*, *P.*, Aphasie et asthéno-manie post-apoplectique. Gazette médicale de Nantes p. 681.
20. *Beretta*, *A.*, Asymmetrie in der Zahnbildung und im Zentralnervensystem. Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 961.
21. *Berger*, *Hans*, Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Gehirnblutungen, Gehirnembolien, epileptischen Anfällen und Gehirnerschütterungen auf die Blutzirkulation. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, H. 5, S. 399. (S. 305*.)

21a. *Bergl*, *Kl.*, Über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Luikern. Allg. Zeitschr. f. Pysch. Bd 69, H. 5, S. 751.

22. *Bernhardt*, *M.*, Beitrag zur Ätiologie und Pathologie der Tabes dorsalis. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 32, S. 1505.
23. *Bernheim*, Über das dynamische Element bei der motorischen Aphasie. Révue de méd. Nr. 2.
24. *Bing*, *R.*, Über einige Erscheinungsformen der zerebrospinalen Arteriosklerose und ihre Behandlung. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1912, H. 22. (S. 293*.)
25. *Bing*, *Robert*, Neuere Arbeiten über Meningealerkrankungen. (Sammelreferat.) Med. Klin. Nr. 31, S. 1282.



26. *Bing*, *Robert*, Die Lokalisation der Kleinhirnerkrankungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 19.

27. *Bing*, *R.*, Behandlung der Apoplexie. Med. Klin. 1912, Nr. 20, S. 834.

28. *Bing*, *Rob.*, Neuere Beiträge zur Klinik der syphilogenen Nervenkrankheiten. (Sammelreferat.) Med. Klin. 1912, Nr. 5, S. 203.

29. *Bing*, *Rob.*, Aphasia and apraxia. The alienist and neurologist vol. 33, no. 2, p. 198.

30. *Biondi*, *G.*, Histologische Beobachtungen an der Zirbeldrüse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Orig.) Bd. 9, H. 1, S. 43.

31. *Bisgaard*, *A.*, Über ein regelmäßiges Verhältnis zwischen Eiweiß und Wassermannreaktionen in der Zerebrospinalflüssigkeit der Paralytiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Orig.) 1912, Bd. 10, S. 616. (S. 287*.)

32. *Bisgaard*, *A.*, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Lues des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 3, S. 381.

33. *Blosen*, *Wilhelm*, Klinisches und Anatomisches über Worttaubheit. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1912, Bd. 33, H. 1, S. 132.

34. *Boas*, *H.* u. *Neve*, *G.*, Untersuchungen über die *Weil-Kafka*sche Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 4 u. 5, S. 607.

35. *Bonhoeffer*, *K.*, Zur Diagnose der Tumoren des 4. Ventrikels, des idiopathischen Hydrocephalus nebst einer Bemerkung zur Hirnpunktion. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 49, H. 1, p. 1.

36. *Bonhoeffer*, Gehirn eines Kranken mit Agnosie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 780.

37. *Bonnet*, Éruption cutanée syphilitique chez une paralytique générale. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 240.

38. *Bonnet*, Tumeur cérébrale et psychose de *Korsakow.* Bull. de la soc. ment. no. 5, mai, p. 185.

39. *Boyd*, *W.*, The cerebro-spinal fluid in certain mental conditions. Journal of mental science vol. 58, no. 241, p. 203.

40. *Braun* u. *Husler*, Eine neue Methode zur Untersuchung der Lumbalpunktate. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 1178.



41. *von Brero*, Dementia paralytica bei den Eingeborenen von Java und Madura. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 571.
42. *Brown*, *R. Dods*, The use of salvarsan in mental diseases. Review of neurology and psychiatry, november 1911.
43. *Bruns*, Intradurales Fibrosarkom des Rückenmarks. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 690.
44. *Bruns*, Diagnose des Kleinhirnabszesses. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 689.
45. *Budenko*, *A. A.*, Über einige Eigentümlichkeiten der Reflexe bei progressiver Paralyse. Obosvenje Psychiatric 1912, Nr. 9. (S. 283*.)
46. *Carbone*, *L.*, u. *Pighini*, *G.*, Beitrag zur chemischen Zusammensetzung des Gehirns bei der progressiven Paralyse. Biochemische Ztschr. Bd. 46, H. 6, S. 450.
47. *Casamajor*, *L.*, and *Karpas*, *M. J.*, A case of alexia and hemianopsia: with remarks on the localization of such lesions. The journal of nervous and mental disease vol. 39, no. 9, p. 577.
48. *Chauffard*, *A.*, Paralysie générale. Le Bull. méd. no. 73, p. 821.
49. *Chauffard* et *Vincent*, *Cl.*, Hémorragies méningées sous arachnoidiennes à forme démentielle. Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris no. 26, p. 160.
50. *Clark*, *S. N.*, The clinical classification of general paralysis of the insane. Journal of nervous and mental disease vol. 39, no. 3, p. 173.
51. *Cordes*, *F.*, Manieartige Geistesstörung bei Hirntumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XV, H. 1/2. (S. 294*.)
52. *Cuiffini*, *P.*, Über die Differentialdiagnose der meningo-medullären luetischen und tuberkulösen Erkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, Ergänzungsheft S. 290.
53. *Cullerre*, *A.*, Un cas de paralysie générale au 18[e] siècle. Ann. méd.-psychol. no. 6, décembre, p. 480.
54. *Curschmann*, *H.*, Über die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion. Therapie der Gegenwart 1912.
55. *Damaye*, Les associations mentales du syndrome physique paralysie générale. Le progrès médical 41[e] ann., no. 16. (S. 279*.)
56. *Déjerine*, L'agraphie. Progrès médical no. 28, 13 juillet, p. 344.
57. *Déjerine*, Les aphasiques moteurs. La clinique no. 25, p. 385.



58. *Dide* et *Gassiot*, Pathogénie de la presbyophrénie (presbyophrénie et syndrome occipital). Revue neurologique 1912, 20e ann., no. 1, p. 5.

60. *Domansky*, *W.*, Über das Verhältnis der Oxyproteinsäureausscheidung zum Gesamtstickstoff im Harn von Paralytikern. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, H. 1, S . 53. (S. 272*.)

61. *Donath*, *J.*, Salvarsan in der Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems und dessen kombinierte Anwendung. Münch. med. Wschr. Nr. 42 u. 43. (S. 285*.)

62. *Dordi*, *G.*, u. *Canestrini*, *S.*, Ein Fall von intermittierender sensorischer Aphasie. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 475.

63. *Drenkhahn*, *R.*, Ein Fall von Anarhythmie. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1912, Nr. 3, S. 93.

64. *Dreyfus*, *L.*, Erfahrungen mit Salvarsan. Münch. med. Wschr. Nr. 33—34. (S. 284*.)

65. *Dreyfus*, *G. L.*, Erfahrungen mit Salvarsan II. Über Entstehung, Verhütung und Behandlung von Neurorezidiven. Münch. med. Wschr. Nr. 40, 41 u. 42. (S. 285*.)

66a. *Dreyfus*, *G. L.*, Nervöse Spätreaktionen Syphilitischer nach Salvarsan. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 19, S. 1027.

66b. *Dreyfus*, Die Bedeutung der modernen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Beurteilung isolierter Pupillenstörungen nach vorausgegangener Syphilis. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 30 u. 31. (S. 288*.)

67. *Ducosté*, *M.*, Pseudo-paralysie générale d'origine toxi-infectieuse. L'année méd., février 1912.

68. *Dümer*, *B.*, Zur psychogenen Pseudomeningitis. Inaug.-Diss., Berlin 1912.

69. *Edes*, *Robert T.*, Three cases of tumor of the frontal lobes. The journ. of nervous and ment. disease vol. 39, no. 6, p. 389.

70. *Edinger*, *B.*, Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems. 2. Aufl. Leipzig. Vogel. 234 S. 6 M.



71. *Eichelberg*, Organische Geistes- und Nervenkrankheiten nach Unfall. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 696.
72. *Eichelberg*, Organische Geistes- und Nervenkrankheiten nach Unfall. Münch. med. Wschr. Nr. 40.
73. *Eichelberg*, Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 747.
74. *Eichelberg, F.*, Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. Med. Klin. 1912, Nr. 29 S. 1187.
75. *v. Eiselsberg, A.*, Meine Operationsresultate bei Hirntumoren. Wiener klin. Wschr. 1912.
76. *Enge, J.*, Die Bedeutung der Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. 4, H. 6, S. 522.
77. *Engel, H.*, Kasuistischer Beitrag zur klinischen Differentialdiagnose zwischen Gehirnblutung, Syphilis oder Embolie der Hirngefäße. Mtschr. f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1912, Nr. 1.
78. *Eyman, H. C.*, and *O'Brien, J. D.*, A study of certain serum reactions in the blood serum of general paralytics and its familial aspects. Americ. journ. of insanity 1912, vol. 68, p. 485.
79. *Fischer*, Über den spongiösen Rindenschwund. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 107.
80. *Fischer, O.*, Ein geheilter Fall von Polioencephalitis haemorrhagica superior, zugleich als Beitrag zur Symptomatologie dieser Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 4, S. 473. (S. 301*.)
81. *Fischer*, Ein Beitrag zur Presbyophreniefrage. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 762.
82. *Fivre, G.*, La sintomatologia del tumore cerebellare nei bambini. Rivista Sperimentale di Freniatria 1911, vol. XXXVII, p. 928—969.
83. *Fleischer*, Über eine der Pseudosklerose nahestehende, bisher unbekannte Krankheit (gekennzeichnet durch Tremor, psychische Störungen, bräunliche Pigmentierung bestimmter Gewebe, insbesondere auch der Hornhautperipherie, Leberzirrhose). Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkd. Bd. 44, H. 3.
84. *Foerster, O.*, Die histologische Untersuchung der Hirnrinde intra vitam durch Hirnpunktion bei diffusen Erkrankungen des

Zentralnervensystems. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 21, S. 973. (S. 275*.)

85. *Foerster, O.*, Demonstration zur Differentialdiagnose der Paralyse und Pseudoparalyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S 776.

86. *Fornaca, G. S.*, Due casi di microgiria. Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale, anno XL, fasc. I—II.

87. *Fraenkel, Max*, Weitere Beiträge zur Bedeutung der Auswertungsmethode der *Wassermann*schen Reaktionen im Liquor cerebrospinalis, an der Hand von 32 klinisch und anatomisch untersuchten Fällen. Über das Vorkommen der *Wassermann*schen Reaktion im Liquor cerebrospinalis bei Fällen von frischer primärer und sekundärer Syphilis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Orig.) Bd. XI, H. 1 u. 2, S. 1. (S. 287*.)

88. *Friedländer*, Über die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf metaluische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 749. (S. 286*.)

89. *Friedländer, Ad.*, Über die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf metaluische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 38, S. 2038.

90. *Fuller, S. C.*, Ein Fall der *Alzheimer*schen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. XI, H. 1 u. 2, S. 158.

91. *Fuller, S. C.*, *Alzheimer*'s disease (senium praecox); the report of a case and review of published cases. Journ. of nervous and mental disease vol. 39, no. 7, p. 440. (S. 294*.)

92. *Fuller, S. C.* and *Klopp, H. J.*, Further observations on *Alzheimer*'s disease. The americ. journ. of insan. 1912, vol. 89, no. 1, p. 17. (S. 294*.)

93. *de Fursac, R.* et *Genil-Perrin*, Délire d'imagination chez un paralytique général. Journ. de psychol. normale et pathol. 1912, no. 2.

94. *Ganter, R.*, Über die Beschaffenheit des Schädeldaches und über einige innere Degenerationszeichen. Inaug.-Diss. Königsberg 1912.

95. *Gerz, Anton*, Über psychische Störungen bei Hirntumoren. Inaug.-Diss. Würzburg 1912.

96. *Gierlich, Nic.*, Über Form und Wesen der infantilen hemiplegi-



schen Lähmung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. XI, 1. u. 2. H., S. 153. (S. 299*.)

97. *Gluschkow*, *N. A.*, Über die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion bei Epilepsie und progressiver Paralyse. Newvolagitochewski Wjestnik 1912, H. 4. (S. 283*.)

98. *Goldstein*, *K.*, Die zentrale Aphasie. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 12, S. 739. (S. 298*.)

99. *Goldstein*, Über die zentrale Aphasie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 766.

100. *Goldstein*, *Kurt*, Ein Beitrag zur Lehre von der Zystizerkose des Gehirns und Rückenmarks, insbesondere der Meningitis cysticercosa. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 3, S. 742. (S. 297*.)

101. *Gruber*, *G. B.*, Über Untersuchungen mittels der *Wassermann*schen Reaktion an der Leiche. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 25, S. 1366.

102. *Grütter*, Über die bisherigen Ergebnisse der *Wassermann*schen Reaktion an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 694.

103. *Guilarowsky*, *B.*, Des troubles de la mémoire dans certaines affections en foyer du cerveau. Contribution à l'étude de la pathologie de la mémoire. Archives de neurol. no. 5, p. 282.

104. *Gurko*, *G.*, Experimental-psychologische Untersuchungen an Kranken mit kapsulären und kortikalen Hemiplegien. Obosvenje Psychiatric 1912, No. 2. (S. 300*.)

105. *Hammond*, *Fr. S.*, Elementary considerations of Aphasia. Americ. Journ. of insan. 1912, vol. 58, no. 4, p. 683.

106. *Hannard*, Contribution à l'étude des psychoses préséniles (Forme paranoide de *Kraepelin*). Revue de psych. no. 10, p. 409.

107. *Hartung*, *E.*, Fall von Dementia paralytica und Geburt. Deutsche med. Wschr. Nr. 2, S. 72.

108. *Hoch*, *H.*, Tuberkulöse Peritonitis, Meningitis und progressive Paralyse. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 4, S. 42.

109. *Head*, *H.*, u. *Holmes*, *G.*, Untersuchungen über die sensorischen Störungen bei Erkrankungen des Gehirns. Lancet 6, 13 u. 20 I.

110. *Heilbronner*, *K.*, Über Frühsymptome organischer Nervenkrankheiten. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 21, S. 977.



111. *Henderson, D.*, The cerebro-spinal fluid. Revue of neurol. and psych. 1912, vol. 10, p. 109.

112. *Henneberg, R.*, Pluriradikuläre Hinterstrangdegeneration infolge von spinaler Zystizerken-Meningitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 1, S. 1. (S. 297*.)

113. *Henneberg, R.*, Die tierischen Parasiten des Zentralnervensystems. Aus dem Handbuch der Neurol., herausgeg. von *Lewandowsky.* Verlag von *J.* Springer in Berlin.

114. *Herbert, Fr.*, Über die physikalischen Eigenschaften der Schädeldachknochen bei Hirnkrankheiten. Inaug.-Diss. Würzburg 1912.

115. *Hirsch-Tabor*, Das Gehirn eines motorisch Apraktischen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 3, S. 252.

116. *von Hösslin*, Klinischer und anatomischer Beitrag zur Lehre von der *Westphal-Strümpel*schen Pseudosklerose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 115.

117 a. *d'Hollander, F.*, Apraxie motrice bilatérale. — Autopsie. — Contribution à la localisation de l'apraxie. L'encéphale. 1912. No. 6. (S. 298*.)

117 b. *d'Hollander*, Aphasie, Asymbolie et Hydrocephalie. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique, décembre 1911, no. 159. (S. 298*.)

118. *d'Hollander, F.*, La localisation de l'Apraxie. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 161, p. 164. (S. 298*.)

119. *Holzmann, W.*, Entgegnung auf den *Frenkel-Heiden*schen Aufsatz im Zentralbl. 1911, Nr. 22, Liquor cerebrospinalis u. *Wassermann*sche Reaktion. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 2, S. 98.

120. *Hough, W. H.*, Die Wirkung von Alkoholgaben auf die *Wassermann*sche Reaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 3, S. 281.

121. *Hudovernig*, Hysteriforme Erscheinungen im Initialstadium von organischen Erkrankungen des Nervensystems. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 13. (S. 301*.)

122. *Hughes, C. H.*, *May*'s laboratory diagnosis of general paresis. The alienist and neurologist 1912, vol. 33, no. 3, p. 263.

123. *Jadassohn, J.*, Über die spezifische Behandlung der parasyphilitischen Nervenkrankheiten. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 23. (S. 286*.)



124a. *Jakob*, *Alf.*, Über die feinere Histologie der sekundären Faserdegeneration in der weißen Substanz des Rückenmarks (mit besonderer Berücksichtigung der Abbauvorgänge). Histologische u. histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde, herausgegeben von *Nissl* u. *Alzheimer*, Bd. 5, H. 1 u. 2. (S. 304*.)

124b. *Jakob*, *Alf.*, Experimentelle traumatische Schädigungen des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Commotio cerebri u. der Kommotionsneurose. Histol. u. histopathol. Arbeiten über die Großhirnrinde von *Nissl* u. *Alzheimer*, Bd. 5, H. 1/2. (S. 305*.)

124c. *Jakob*, *Alf.*, Zur Klinik u. pathol. Anatomie des chron. Alkoholismus, zugleich ein Beitrag zu den Erkrankungen des Kleinhirns. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. XIII, H. 1.

125. *Jambon*, Paralysie générale guérie par le Salvarsan. Journal de méd. prat. de Lyon, 15 juin 1912.

126. *Joachim*, *Hans*, Statistische und klinische Beobachtungen über Veränderungen im Vorkommen und Verlauf der progressiven Paralyse in Elsaß-Lothringen. Mit 7 Kurven. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 500.

127. *Jooss*, *C. E.*, Über einen mit Salvarsan behandelten Fall von malignem Gehirntumor. Münch. med. Wschr. Nr. 26, S. 1437. (S. 297*.)

128. *Jurmann*, *N. A.*, Über das Körpergewicht bei progressiver Paralyse. Ruski Wratsch 1912, Nr. 26. (S. 283*.)

129. *Kafka*, *V.*, Die Zerebrospinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. 6, H. 4—5, S. 321. (S. 228*.)

130. *Kafka*, *V.*, Untersuchungen zur Frage der Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 2, S. 192. (S. 289*.)

131. *Kafka*, *V.*, Zur Biologie des Liquor cerebrospinalis. Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Mitteilungen aus den hamburgischen Staatskrankenanstalten, Bd. XIII, H. 3.

132. *Kafka*, *V.*, Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zentralbl. Nr. 10, S. 627. (S. 288*.)



133. *Kafka*, *V.*, Über die Bedingungen und die praktische und theoretische Bedeutung des Vorkommens hammelblutlösender Normalambozeptoren und des Komplements im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 2, S. 132. (S. 288*.)

134. *Kafka V.* Über die Entstehung, Zirkulation und Funktion des Liquor cerebrospinalis. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5. S. 735.

135. *Karpas*, *M. J.*, The clinical interpretations of the serological content of the blood and cerebrospinal fluid, with some reference to the cytology and chemistry of the latter, in mental diseases. The Americ. journ. of insan. 1912, vol. 69. no. 1, p. 143.

136. *Karpas*, *M. J.*, and *Lambert*, *C. J.*, Multiple heterologous cerebrospinal tumours; endotheliomata of cord, gliomata of pons and corpus callosum. Review of neurology and psychiatry, Juli.

137. *Kaufmann-Wolf*, Weiterer Beitrag zur Kenntnis des Schicksals Syphiliskranker und ihrer Familien. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 76, H. 3—4.

138. *Kehrer*, *F.*, Über Herderscheinungen und Geisteskrankheiten (Sammelreferat). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referate u. Ergebnisse Bd. V, H. 4, S. 321. (S. 299*.)

140. *Klieneberger*, *O.*, Zur Erweiterung der *Wassermann*schen Methode. Liquor- und Komplement-Auswertungsverfahren. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 1, S. 74. (S. 287*.)

141. *Klieneberger*, *O. L.*, Erfahrung über Salvarsanbehandlung syphilitischer u. metasyphilitischer Erkrankungen des Nervensystems. Nr. 10, S. 443. (S. 283*.)

142. *Krabbe*, *K.*, Über paralysis-agitans-ähnlichen Tremor bei Dementia paralytica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 5, S. 571. (S. 273*.)

143. *Kramer*, Anatomischer Befund bei kortikaler Tastlähmung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 780.

144. *Krebs*, *W.*, *Wassermann* und Therapie der Spätlues. Med. Klin. Nr. 27, S. 1109.

145. *Ladame*, *Ch.*, Encéphalite souscorticale chronique. Un cas de



psychose d'origine artérioscléreuse. L'encéphale 1912, no. 7. (S. 293*.)

146. *Lafora*, *G. R.*, Zur Frage der hereditären Paralyse des Erwachsenen (Dementia paralytica hereditaria tarda). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. IX. Bd., H. IV, S. 443. (S. 274*.)

147. *Landsbergen*, *F.*, Die Beteiligung des Großhirns bei der Hérédoataxie cérébelleuse (*P. Marie*). Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 5, S. 525. (S. 303*.)

148. *Landsbergen*, *F.*, Über Balkenmangel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XI, H. 5. (S. 299*.)

149. *Leers*, *V.*, Über die *Wassermann*sche Luesreaktion und ihre forensische Bedeutung. Arch. f. Kriminal-Anthropologie u. Kriminalistik Bd. 47, H. 3—4, S. 324.

150. *Legrain*, Démence précoce et ramollissement cérébral. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 249.

151. *Leredde*, Über die günstige Beeinflussung der Tabes dorsalis durch Salvarsan. Münch. med. Wschr. Nr. 38, S. 2040.

152. *Libelius*, *Chr.*, Rückenmarksanomalien bei Paralytikern. Zieglers Beiträge zur path. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 51, H. 2.

153. *Löwenhaupt*, *K.*, Zwei Fälle von Dementia paralytica und Geburt. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 36, S. 1683.

154. *Löwenstein*, *K.*, Über Anatomie u. Physiologie des Kleinhirns und über die neueren Untersuchungsmethoden des Kleinhirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. V, H. 7, S. 673.

155. *Lunaburg*, *H.*, Mehrere Fälle von Paralysis agitans in einem schwedischen Bauerngeschlecht. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 4.

156. *Maas*, *O.*, u. *Neumark*, *E.*, Beitrag zur Lehre von der Bedeutung der „vier Reaktionen". Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 18, S. 1146.

157. *McDowall*, *T. W.*, and *Colin McDowall*, Abnormal development of scalp. Journ. of ment. science July 1912.

158. *Mahr*, *Paul*, Ein Beitrag zur Behandlung der progressiven Paralyse. Inaug.-Diss., Jena 1912.



159. *Maphoter, Edward*, Aphasia in general paralysis and the conditio
associated with it. Journal of ment. science 1912, vol. 5
no. 241, p. 243.

160. *Marburg, O.*, Irreführende Lokalsymptome bei Hirntumor
Wien. med. Wschr. 1912, Nr. 23 u. 24.

161. *Marchand, L.*, Amnésie de fixation et amnésie d'évocation che
un paralytique général. Bull. de la soc. clin. de méd. ment
no. 5, mai, p. 180. (S. 275*.)

162. *Marchand*, Tumeur cérébral et psychose de *Korssakow*. Bull
de la soc. clin. de méd. mentale no. 7, p. 257.

163. *Marchand, L.*, et *Petit, G.*, Paralysie générale du chien. Archive
de Neurologie no. 5, p. 317. (S. 272*.)

164. *Marchand* et *Petit*, Deux nouveaux cas de „paralysie générale"
du chien. Bull. de la soc. de méd. ment. no. 7, p. 244. (S. 272*.)

165. *Marguliés, A.*, Über Aktivität des Liquor cerebrospinalis. Mtschr
f. Psych. u. Neurol. 1912, Bd. 31, H. 1, S. 1.

166. *Margulis, M. S.*, Pathologie und Pathogenese des primären chronischen Hydrozephalus. Archiv f. Psych. u. Neurol. Bd. 50.
H. 1, S. 31. (S. 303*.)

167. *Mattauschek, E.*, Über den Altersschwachsinn. Med. Klin. 1912
Nr. 32, S. 1301.

168. *Mauss, Th.*, Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand
der histologischen Lokalisation des Cortex cerebri. Ztschr.
f. d. ges. Neur. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. V.
H. 1, S. 1.

169. *Melissinos, K.*, Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der Mikrogyrie. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 3, S. 848.

170. *Mendel, K.*, u. *Tobias, E.*, Die Tabes der Frauen. 77 S. 2.50 M.
Berlin, S. Karger. (S. 280*.)

171. *Mestrezat, W.*, Die chemische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Gaz. des hôp. 1912, no. 53.

172. *Meyer, E.*, Spinale Erkrankungen und psychotische Erscheinungen bei schwerer Anämie nebst anatomischem Befund. Allg.
Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 789/790.

173. *Meyer, E.*, Die Behandlung der Paralyse. Arch. f. Psych. u.
Neurol. 1912, Bd. 50, H. 1, S. 100. (S. 286*.)

174. *Meyer, E.*, Progressive Paralyse, kombiniert mit „Meningo-

myelitis marginalis". Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Paralyse u. Lues cerebrospinalis. (S. 275*.)

175. *Meyer*, *Ernst*, Multiple Sklerose mit psychischen Störungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 34.

176. *Meyer*, *L.*, Salvarsan und Paralyse. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 20, S. 952.

177. *Michailow*, *S.*, Die Lehre von den Neuronen. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 3, S. 794. (S. 304*.)

178. *Mignot*, *R.*, et *Marchand*, *L.*, Paralysie générale avec dégénérescence amyloïde du cerveau et syndrome pseudo-bulbaire. L'encéphale no. 6, p. 497.

179. *Milian*, Paralysie générale infantile. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris no. 29, p. 317.

180. *Mirallié*, *Ch.*, Paralysie générale et tremblement Parkinsonnien. Gaz. méd. de Nantes p. 268. (S. 276*.)

181. *Montesano*, Circa il comportamento dello „scheletra nevrologico" di Paladino nelle fibre nervose delle diverse zone ed aree del midollo spinale. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVIII, p. 468—492.

182. *Mundie*, *G. S.*, Amyotrophische Lateralsklerose mit Beteiligung der Vaguskerne und der *Clarke*schen Säulen. Neurol. Zentralblatt 1912, Nr. 6, S. 624.

183. *Munson*, *J. F.*, Sclerotic foci in the cerebrum of an infant. Journ. of nervous and mental disease vol. 39, no. 4, p. 251.

184. *Muskens*, *L. J. J.*, Die Projektion der radialen und ulnaren Gefühlsfelder auf die postzentralen u. parietalen Großhirnwindungen. Neurol. Zentralbl. Oktober 1912, Nr. 15, S. 946.

185. *Nabarro*, *David*, *Wassermann*sche Reaktion bei Geisteskrankheiten. Brit. med. Journ. 23. November.

186. *Näcke*, *P.*, Ein Fall von atypischer Paralyse mit echt epileptischen Krämpfen und wochenlang andauerndem Korsakoff. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1912, Bd. 49, H. 2, S. 372. (S. 274*.)

187. *Nasetti*, *F.*, Contributo alla conoscenza delle cisti della ghiandola pineale. Rivista Sperimentale di Freniatria 1912, vol. XXXVIII, p. 291—308.

188. *Neue*, *H.*, Über die Auswertungsmethode des Liquor cerebro-

spinalis vermittels der *Wassermann*schen Reaktion. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 3, S. 121. (S. 288*.)

189. *Nieden*, *H.*, Über Lumbalpunktion, insbesondere die Befunde bei Kachexie. Wien. klin. Rundschau 1912, Nr. 34.

190. *Nieuwenhuijse*, *P.*, Zur Kenntnis der tuberkulösen Hirnsklerose. Psychiatrie en neurol. Bladen No. 1.

191. *Noehte*, Über einen mit Salvarsan behandelten Fall von malignem Hirntumor. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 10, S. 529. (S. 297*.)

192. *Nonne* u. *Hauptmann*, *A.*, Liquor cerebrospinalis u. *Wassermann*sche Reaktion. Eine Entgegnung auf den gleichlautenden Artikel von *Frenkel Heiden*. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 2, S. 94.

193. *Nordman*, Les hallucinations dans la paralysie générale. La soir médicale 31[e] ann., no. 2, p. 39.

194. *Oberholzer*, *E.*, Spontaner Zahnausfall bei Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. IX, H. 3, S. 348.

195. *Patschke*, *Fr.*, Zentral bedingte Schmerzattacke mit hohem Fieber bei progressiver Paralyse. Neurol. Zentralbl. Nr. 12, S. 752. (S. 273*.)

196. *Pelz*, *A.*, Zur Lehre von den transkortikalen Aphasien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. XI, H. 1 u. 2, S. 110.

197. *Peters*, *F.*, Untersuchungen der Gedächtnisstörungen paralytisch Geisteskranker mit der Zahlenmethode. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. XI, H. 1 u. 2, S. 173. (S. 273*.)

198. *Pfeifer*, *B.*, Zur histologischen Diagnose der progressiven Paralyse mittels Hirnpunktion. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 517. (S. 296*.)

199. *Pfunder*, *A.*, Zur Anwendung des Salvarsans in der Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1; S. 89.

200. *Piazza*, *Angelo*, Contributo allo studio del nosografismo e de reperto istopatologico della presbiofrenia. Rivista Ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia vol. V, fasc. 5—6.

201. *Piazza*, *Angelo*, La malattia di *Alzheimer*, analisi e critica. Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale. Anno 39, fasc. III—IV.



202. *Pickenbach*, *L. R.*, Arterienverkalkung nach Unfall. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 3. (S. 293*.)

203. *Pighini*, *G.*, Über die Indophenoloxydase im Zentralnervensystem, in der Tela choroidea und in der Zerebrospinalflüssigkeit. Biochemische Ztschr. Bd. 42, H. 2 u. 3. (S. 287*.)

204. *Pilcz*, *A.*, Tuberkulinbehandlung der progressiven Paralyse. Wien. med. Wschr. Nr. 31. (S. 286*.)

205. *Pilcz*, *A.*, Zur Tuberkulinbehandlung der progressiven Paralyse St. Petersburger med. Ztschr. Nr. 5.

206. *Pilcz*, *A.*, Bedingungen für die Entstehung der progressiven Paralyse. Med. Klinik Nr. 16, S. 644.

207. *Prince*, *A.*, Abcès du lobe frontal sans affaiblissement intellectuel. Revue de psych. no. 9, p. 360.

208. *Raecke*, Die Frühsymptome der arteriosklerotischen Gehirnerkrankung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 50, H. 2. (S. 293*.)

209. *Raether*, *Max*, Beiträge zur Diagnostik organischer Gehirnerkrankungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 1180.

210. *Rauch*, *Franz*, Beitrag zur Kasuistik der Hirntumoren. Inaug.-Diss., Jena 1912.

211. *Rehm*, *O.*, Zytologie der Zerebrospinalflüssigkeit und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 736.

212. *Reichmann*, *V.*, Der Wert und die Gefahren der Lumbalpunktion. (Erfahrungen an 500 Fällen.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, XI. Bd., 5. H., S. 581.

213. *Reichmann*, Zur Technik der Lumbalpunktion und der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 468.

214. *Rémond*, *A.*, et *Lévèque*, *J.*, Note sur un cas de fugue de nature épileptique chez un paralytique général. Ann. méd.-psychol. 1912, 70ᵉ année, no. 5, p. 548. (S. 276*.)

215. *Rennie*, *G. E.*, Endotheliom der Hypophyse mit Infantilismus. Brit. med. Journ. 15. VI. 1912.

216. *Riggs*, *C. E.*, Some atypical forms of tabes and paresis considered in the light of serodiagnosis. The journ. of nervous and mental disease no. 12, p. 824.



217. *Robertson*, The Etiology of Dementia paralytica. The Lancet 28 Sept.

218. *Rolleston* u. *Macnaughtan*, Familial *von Recklinghausen*'s disease. Review of Neurology and Psych., January 12.

219. *Romagna-Manola*, *A.*, Über Neurorezidive der luetischen Affektionen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 1, S. 28.

220. *Rosenfeld*, *M.*, Die juvenile Paralyse. Med. Klin. Nr. 44, S. 1784.

221. *Rosental*, *Stefan*, Die Hemiplegien ohne anatomischen Befund. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. V, H. 2. (S. 300*.)

221 a. *Rühle*, Zur pathologischen Anatomie der tuberösen Sklerose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 737.

222. *Rudnew*, *W. J.*, Paralysis progressiva paranoides. Newrologitschewski Wjestnik 1912, H. 1. (S. 282*.)

223. *Sagel*, *W.*, Über einen senilen Fall von progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, XI. Bd., 5. H., S. 651.

224. *Salerni*, *A.*, Hypophysentumor bei Akromegalie. Riform med. 1912, no. 15.

225. *Sand*, *René*, Unabhängigkeit des Sitzes der Sprache von der dritten Frontalwindung. Sem. méd. Nr. 6.

226. *Schaffer*, *K.*, Hirnpathologische Beiträge. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 1/2. (S. 299*.)

227. *Scheidemandel*, *E.*, Die juvenile Paralyse. *Friedreichs* Bl. f. ger. Med. 1912, Bd. 63, H. 2 u. 3.

228. *Schilder*, *Paul*, Zur Kenntnis der sogenannten diffusen Sklerose. (Über Encephalitis periaxialis diffusa.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 1 u. 2, S. 1. (S. 301*.)

229. *Schröder*, *P.*, Über Pseudoparalyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 774.

230. *Schröder*, *P.*, Remissionen bei progressiver Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 746.

231. *Schrottenbach*, *H.*, Zur pathophysiologischen Auffassung der Anfälle und Delirien bei Paralysis progressiva. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 1, S. 92.

232. *Schrottenbach*, *H.*, Anfälle und Delirien bei Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 1, H. 3.



233. *Schultze, Ernst*, Über syphilogene Erkrankungen des Nervensystems. Med. Klin. Nr. 48, S. 1936, Nr. 49, S. 1978.

234. *Schuppius*, Über psychotische Erscheinungen bei Tumoren der Hypophyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 8, H. 4, S. 514.

235. *Schwarz, E.*, Über den anatomischen und klinischen Befund bei Verschluß der Arteria cerebelli posterior inferior. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1912, Bd. XXXII, H. 2, S. 132.

236. *Seige, Max*, Neuere Arbeiten zur Physiol. und Pathol. des Liquor cerebrospinalis. Med. Klin. 1912, Nr. 1, S. 25.

237. *Singer, K.*, Die Behandlung tabischer Schmerzparoxysmen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. Referate u. Ergebnisse Bd. V, H. 6, S. 561.

238. *Sioli*, Über amyloidähnliche Degeneration im Gehirn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 6, S. 923.

239. *Sittig, O.*, Über eine besondere Form akuter herdförmiger Destruktion des nervösen Gewebes im Gehirn bei Tuberkulose (akute, nicht eitrige Enzephalitis). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 3, S. 289.

240. *Soukhanoff*, Sur la psychose d'involution. Journ. de Neurol. 1912. (S. 294*.)

241. *Spielmeyer, W.*, Die Behandlung der progressiven Paralyse. Archiv f. Psych. u. Neurol. 1912, Bd. 50, H. 1, S. 76. (S. 286*.)

242. *Spielmeyer* u. *E. Meyer*, Über die Behandlung der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 739.

243. *Spiethoff, B.*, Salvarsan und Nervensystem. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 20, S. 1086. (S. 284*.)

244. *Spiller, W. G.*, Syphilis a possible cause of systemic degeneration of the motor tract. The journ. of nervous and ment. disease vol. 39, no. 9, p. 584. (S. 272*.)

245. *Stargardt, K.*, Über die Ätiologie der tabischen Arthropathien. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 3, S. 936. (S. 279*.)

246. *Stargardt*, Über die Ursachen des Sehnervenschwundes bei Tabes und progressiver Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 735.

247. *Steiner, Gabriel*, Beiträge zur pathologischen Anatomie der peri-



pheren Nerven bei den metasyphilitischen Erkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 3, S. 667.

248. *Stertz*, Über subkortikale sensorische Aphasie nebst allgemeinen Bemerkungen zur Auffassung aphasischer Symptome. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 759.

249. *Stertz*, *G.*, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. Med. Klin. 1912, Nr. 4, S. 133.

250. *Stork*, *Fritz*, Unfall und progressive Paralyse. Inaug.-Diss., Bonn.

251 a. *Sträußler*, *E.*, Abszeß im rechten Schläfenlappen bei einem Linkshänder mit sensorischer Aphasie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. IX, H. IV, S. 492.

251 b. *Straßmann*, *R.*, Myoklonie bei Tabes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 4 u. 5, S. 592. (S. 278*.)

252. *Szecsi*, *St.*, Weitere Beiträge zur Zytologie des Liquor cerebrospinalis: Über die sogenannte Degeneration der Zellen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. IV, S. 481.

253. *Thornbridge*, Salvarsan bei Dementia paralytica. Journ. of americ. assoc. 2. III. 12.

254. *Tinel* u. *Gastinel*, Les états meningés des tuberculeux. Revue de méd. vol. 32, p. 241.

255. *Tissot*, *F.*, Hérédo-Ataxie cérébelleuse. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière no. 1. (S. 303*.)

256. *Tissot*, Paralysie générale traumatique. L'encéphale no. 4. (S. 274*.)

257. *Tomaschny*, Über Gehörshalluzinationen bei progressiver Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 386.

258. *Velebil*, *A.*, Beitrag zur Erkenntnis der Kleinhirngeschwülste im Kindesalter. Wien. klin. Rundschau 1912, Nr. 7, S. 100. (S. 296*.)

259. *Vigouroux* et *Hérisson-Laparre*, Délire polymorphe et lésions du grand sympathique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 254.

260. *Vigouroux*, *A.*, et *Hérisson-Laparre*, Traumatisme cranien. Paralysie générale. Hématome de la dure mère. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 6, p. 227.

261. *Vigouroux* et *Prince*, Amnésie de fixation chez un paralytique



général. Bull. de la soc. clin. de méd. mentale 5e ann., no. 1, p. 34.

262. *Vix, W.*, Psychiatrisch-neurologischer Beitrag zur Kenntnis der Schlafkrankheit nach Beobachtungen in den Schlafkrankenlagern Kigarama und Usumbura in Deutsch-Ostafrika und aus dem Laboratorium der Kgl. Psych. und Nervenklinik zu Breslau. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1912, Bd. 50, H. 1, S. 1. (S. 305*.)

263. *Volland*, Über zwei Fälle von zerebralem Angiom nebst Bemerkungen über Hirnangiome. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns Bd. 6, S. 130. (S. 297*.)

264. *Vorbrodt, M.*, Zur Kenntnis der familiären Paralyse. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 15, S. 695.

265. *Vorbrodt, M.*, u. *Kafka, V.*, Zur Enesolbehandlung bei metasyphilitischen Erkrankungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 3, S. 106. (S. 286*.)

266. *Wagner v. Jauregg*, Behandlung der progressiven Paralyse mit Bakterientoxinen. Wiener klin. Wschr. 1912, Nr 1.

267. *Wallenberg*, Endotheliom der Dura. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 793.

268. *Weiß, K.*, Die physikalische Therapie tabischer Symptome. Med. Klin. Nr. 15, S. 619.

269. *Welde, E.*, Ein Fall von angeborener Kernaphasie, kombiniert mit Idiotie. Charité-Annalen.

270. *Westhoff*, Die progressive Paralyse — eine Rassekrankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XV, H. 1/2. (S. 280*.)

271. *Weygandt, W.*, Unfall und Kleinhirnbrückenwinkel-Geschwulst Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, H. 4, S. 305.

272. *Weygandt, W.*, Hirngeschwulst mit Störung des hinteren Hypophysenteiles (Hypopituitarismus adiposogenitalis). Hamb. Ärzte-Korrespondenz Nr. 3.

273. *Williamson, G. S.*, u. *Phillips, J. R. P.*, Further investigation on the cerebro-spinal fluid in insanities. Journ. of ment. science 1912, vol. 58, no. 240, p. 34.

274. *Willige, H.*, u. *Landsbergen*, Histologische Diagnose diffuser Hirnerkrankungen durch Hirnpunktion. Münch. med. Wschr. Nr. 1, 1912.



275. *Wladitschko, S. D.*, Über pathologisch-anatomische Veränderungen bei der Paranoia chronica suggestiva. Russki Wratsch. 1912, No. 49. (S. 303*.)

276. *Zaloziecki, Alex.*, Liquor cerebrospinalis und Salvarsan. Berlin. klin. Wschr. Nr. 36, S. 1717.

277. *Ziehen*, Fall von Atrophie olivo-pontocérébelleuse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 405.

278. *Ziveri, A.*, Beitrag zur Kenntnis des präsenilen Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 3, S. 255.

279. *Zweig*, Initiale Symptome der Paralyse. Berl. Klin. H. 286.

a) Dementia paralytica und syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Marchand und *Petit* (164) fanden bei zwei Hunden, von denen der eine kurz nach einem Schädeltrauma, der andere ein halbes Jahr nach Durchmachen einer Infektionskrankheit eingegangen war, eigentümliche Veränderungen im Gehirn, die ihnen, als paralytischen Störungen sehr ähnlich, auffielen. Das erste Tier, von dem man angenommen hatte, daß es nach dem Trauma blind und taub geworden sei, zeigte keine Veränderungen, die diese Vermutungen bestätigten. Dagegen sprachen schwere Erscheinungen im Großhirn und an den Meningen für eine Verblödung des Tieres. Die Pia, die mit dem Großhirn verwachsen war, zeigte entzündliche Vorgänge, besonders an den Gefäßen. Weiter bestand eine ausgesprochene Enzephalitis. Die Schädigungen an den Ganglienzellen scheinen nicht sehr intensiv gewesen zu sein, dagegen war die Randglia stark gewuchert und das Tangentialfasersystem lädiert. Im Kleinhirn lagen in erster Linie mäßige Gefäßveränderungen vor. — Bei dem zweiten Tiere war der mikroskopische Befund sehr ähnlich, nur die Gefäßerkrankung war weniger diffus.

M. und *P.* sprechen von einer „Paralyse beim Hund" und stellen Parallelen auf zwischen Lues und Paralyse beim Menschen einerseits und einer Infektionskrankheit und den oben beschriebenen Gehirnveränderungen anderseits. — Bei den mitgeteilten Fällen, die sich an zwei früher schon veröffentlichte anschließen, scheint es sich um eine zerebrale Form der Staupe zu handeln. Interessant ist zweifellos beim ersten Tiere der Ausbruch der psychischen Erkrankung nach dem Trauma, beim andern das Auftreten der ersten Symptome nach der Infektion, die anscheinend, ohne Residuen zu hinterlassen, abgeheilt war. Mikroorganismen wurden nicht gefunden.

Spiller (244) teilt einzelne Fälle von zerebrospinaler und spinaler Syphilis sowie von Tabes mit, die unter dem Bilde der *Aran-Duchenne*schen Muskelatrophie verliefen.

Domansky (60) hat an einem allerdings geringen Paralytikermaterial festgestellt, daß im Verhältnis zum Gesamtstickstoff eine konstante Erhöhung der

Oxyproteinsäureausscheidung nicht stattfindet. Zwei Fälle von Taboparalyse zeigten zur Zeit starken körperlichen Verfalls verhältnismäßig hohe Werte der Oxyproteinausscheidung.

Krabbe (142) berichtet über einen Fall von paralysis-agitans-ähnlichem Tremor bei Paralyse. Die erste Manifestation des Leidens war ein paralytischer Anfall. Auffallend an dem Falle war, daß bei der ersten Untersuchung nach *Wassermann* die Reaktion negativ ausfiel, nach einem halben Jahre nur sehr schwach positiv war. Nach dem paralytischen Anfall entstand akut ein halbseitiger Tremor der rechten Seite. Der Charakter des Tremors änderte sich im Laufe der Zeit. Anfangs hatte er die Form eines Intentionstremors, später bestand er auch in Ruhe. Nach dreiviertel Jahren zeigte sich eine intentionelle Verstärkung, die nachher wieder großenteils zurückging. Der Tremor war fast rhythmisch. Im Laufe des Leidens ging er auf die rechte obere Extremität zurück. Der Kiefer war nur vorübergehend beteiligt. Der beobachtete Tremor wird als den posthemiplegischen Tremorformen nahestehend betrachtet, und es wird vermutet, daß seine Lokalisation im Nucleus ruber und in den rubrospinalen und rubrozerebellaren Bahnen nach destruktiven Prozessen zu suchen sei. Die anatomische Untersuchung des Falles ergab nichts Brauchbares.

Patschke (195) beobachtete bei einer Paralytika plötzlich auftretende, kurze Zeit andauernde, sehr heftige Schmerzen in den beiden Extremitäten. Es bestand hohes Fieber, dagegen keinerlei motorische Reizerscheinungen. Es wird eine zentral bedingte Störung angenommen. Über ihren vermutlichen Sitz wird nichts berichtet.

F. Peters (197) untersuchte das unmittelbare und mittelbare Gedächtnis der Paralytiker mit Hilfe der Zahlenmethode nach *Vieregge* und *Bischoff*. Als Reiz dienen Zahlen, die sofort, nach 1 Minute ohne Ablenkung und nach 1 Minute mit Ablenkung der Versuchsperson zu reproduzieren sind. Die *Vieregge-Bischoff*sche Methode wurde in einigen Einzelheiten variiert. Die Leistungen in den drei Versuchsreihen standen nicht in einem bestimmten Verhältnis zueinander. Für die erste Versuchsreihe kommt vor allem die augenblickliche Ansprechbarkeit (Weckbarkeit) in Betracht, bei der zweiten und dritten Reihe hauptsächlich die Haftbarkeit. Die Versuchsergebnisse werden natürlich durch den Grad der intellektuellen Schädigung sehr beeinflußt, besonders die Resultate der zweiten Reihe werden weniger vom Grade der Merkfähigkeit, als von der Augenblicksstimmung abhängig sein. Im allgemeinen hat es den Anschein, als ob die Merkfähigkeitsstörung gewissermaßen einen Test abgäbe für den geistigen Zerfall im allgemeinen. Bezüglich der Stellung der Fehler zeigte sich, daß bei den ersten Reihen besonders die höheren Stellen relativ fehlerfrei blieben. Bei den zweiten und dritten Reihen werden die höheren Stellen am schlechtesten, die mittleren schlecht, die Zehner dagegen gut reproduziert. Spezielle Untersuchungen betreffen dann noch die verschiedenen Fehlerkategorien, nämlich 1. die Auslassungsfehler (es werden eine, mehrere oder alle Ziffern der Zahl fortgelassen), 2. freie Fehler (es werden einzelne Ziffern durch fremde, willkürlich gebildete ersetzt), 3. Hinzufügungsfehler (der Zahl werden eine oder mehrere Ziffern hinzugefügt), 4. Stellungsfehler (Platzvertauschen einzelner Ziffern), 5. Iterativfehler (die falschen Stellen der Zahl werden mit Ziffern besetzt, die mit Ziffern der



gleichen oder vorausgehenden Reizzahlen identisch sind [Intra- bezw. Interiteration]. Konfabulierte Zahlen bilden häufig den Ausgangspunkt für stereotype Iterationen. Die einzelnen Kranken neigen, je nachdem ein fluktuierender oder fixierender Aufmerksamkeitstyp, ein analytisches oder synthetisches Gedächtnis usw. besteht, dazu, bestimmte Fehlerarten festzuhalten.

Lafora (146) wirft die Frage auf, ob alle Fälle juveniler Paralyse histopathologische Anzeichen einer Entwicklungsstörung im Nervengewebe bieten, und ob diese pathologisch-anatomischen Merkmale nur bei der juvenilen Paralyse vorhanden sind. *L.* kommt zu dem Resultate, daß die meisten Fälle von juveniler Paralyse Veränderungen aufweisen, die auf eine Entwicklungshemmung hinweisen (zweikernige *Purkinje*sche Zellen, Zellverschiebung usf.) neben den charakteristischen histopathologischen Veränderungen der Paralyse. — Die juvenile (hereditär syphilitische) Paralyse kann manchmal im Erwachsenenalter von 30 bis 35 Jahren beobachtet und als hereditäre Paralyse bezeichnet werden. In Fällen von Paralyse der Erwachsenen, in denen die histopathologische Untersuchung Entwicklungsstörungen andeutende Veränderungen feststellt, sind wir berechtigt, die Diagnose einer Dementia paralytica hereditaria tarda zu stellen. Die Fälle von klinisch juveniler Paralyse, in welchen keine Entwicklungsstörung des Nervengewebes zu finden ist, können erklärt werden durch eine plazentäre Übertragung des Virus zu einer Zeit, in welcher die Elemente der Gewebe schon weit im Laufe der Entwicklung fortgeschritten waren. *L.* stellt diese Schlußfolgerungen aus den anatomischen Untersuchungen dreier Fälle auf. Die anatomischen Befunde, welche eine Entwicklungshemmung beweisen sollen, erscheinen nicht allzu zahlreich.

Näcke (186) rechnet den von ihm beschriebenen Fall zu den sogenannten „verkappten Paralysen", bei welchen den ganzen Krankheitsverlauf hindurch das klinische Bild sich ganz anders zeigt als bei der typischen Paralyse und bei welchen erst serologische und anatomische Untersuchungen die Diagnose sichern. Während der relativ kurz dauernden Erkrankung bestanden nur epileptische Anfälle. Daneben entstand der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex, doch ohne alle neuritischen Zeichen. *N.* betont neuerdings seine schon mehrfach geäußerte Ansicht, daß allgemeine Schädigungen (Alkohol, Trauma, psychischer Schock usw.) nur die letzten auslösenden Momente darstellen für den Ausbruch der Paralyse. Syphilis und spezifische paralytische Disposition sind notwendige Voraussetzung. An dem mitgeteilten Fall interessiert noch, daß die Nebennieren vollkommen breiig erweicht waren, ohne daß *Addison*sche Symptome dagewesen wären. Die andern inneren Drüsen waren intakt. *N.* weist darauf hin, daß man in Fällen von allgemeinen oder vorwiegenden epileptischen Krämpfen bei Paralyse in Zukunft speziell auf die Nebennieren zu achten habe.

Tissot (256) scheint noch an die Entstehung der progressiven Paralyse durch Trauma zu glauben. Der einzige mitgeteilte Fall ist weder serologisch noch anatomisch untersucht.

B. Pfeifer (198) berichtet über zwei ältere Fälle, die von ihm hirnpunktiert wurden. Beim ersten Kranken schwankte die Differentialdiagnose lange Zeit zwischen Lues cerebri und herdförmiger progressiver Paralyse mit vorwiegendem

Betroffensein der linken motorischen und Sprachregion. Die *Wassermann*sche Reaktion wurde damals (1906) noch nicht ausgeübt. Da bei Vorhandensein eines gummösen Prozesses die Operation in Betracht gekommen wäre, wurde zur Klarstellung punktiert (an der linken Fazialisgegend und am hinteren Abschnitte der ersten linken Schläfenwindung). Die mikroskopische Untersuchung der aspirierten Hirnrindenstückchen ergab typische paralytische Rindenerkrankung. — Beim zweiten Kranken handelte es sich um die Differentialdiagnose zwischen Paralyse, Zystizerkose und Lues cerebri. Auch hier entschied die Hirnpunktion für Paralyse. Dieser Patient erlitt einige Stunden nach der Operation eine rechtsseitige Hemiparese mit totaler Aphasie und ideatorischer Apraxie. Bei der ein halbes Jahr darnach erfolgten Sektion fand sich nichts von einer durch die Punktion bedingten Blutung oder anderes. Vielleicht hatten paralytische Anfälle die obigen Erscheinungen hervorgerufen. — Die erwähnten Fälle beweisen die Notwendigkeit der Hirnpunktion zur Diagnosestellung nicht vollkommen. Eine eingehende Liquoruntersuchung, die im ersten Fall unmöglich war, im zweiten Fall unterlassen wurde, hätte gewiß Aufklärung gebracht. *P.* betont selbst, daß die Indikation eine recht präzise und nur gestattet ist, wenn ein operativer Eingriff oder eine andere schwerwiegende therapeutische Maßnahme in Betracht kommt. Auch die 11 von

O. Foerster (84) mitgeteilten Fälle beweisen keineswegs die Notwendigkeit der Hirnpunktion, selbst nicht in dem interessanten 9. Falle. Dieser imponierte durchaus als Paralyse (aber keine Pupillenstörungen!), doch die serologische Untersuchung sprach dagegen. Die Hirnpunktion (die übrigens in allen Fällen über dem Stirnhirn vorgenommen wurde) ergab Tumorgewebe. Bei der Sektion zeigte sich, daß der in der Tiefe des Septum pellucidum sitzende Tumor seine Ausläufer bis an die Hirnrinde vorgetrieben hatte, ohne daß dies mikroskopisch zu erkennen gewesen wäre. In fast allen andern Fällen war der Verdacht der Paralyse durch die Liquor- und Blutuntersuchung bereits eine sehr großer gewesen. *F.* verteidigt das von verschiedenen Seiten angegriffene Hilfsmittel der Hirnpunktion. Er hält sie für gelegentlich notwendig bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen Paralyse und Pseudoparalyse, auch im Hinblick auf die eventuell einzuleitende Therapie; dann bei Unterscheidung zwischen Paralyse und Tabes + Paralyse, ferner bei der Feststellung bestimmter Formen der Pseudoparalyse und schließlich bei einzelnen Fällen von multipler Sklerose.

Arsimoles und *Halberstadt* (5) geben klinische Bilder dreier Verlaufsarten der Lues cerebri: 1. Fälle mit Verwirrtheit und deliriösen Zuständen, 2. periodische Fälle (mit Affektstörungen), 3. Fälle, welche paranoiden Schwächezuständen ähneln.

Marchand (161) spricht über einen Fall von Paralyse mit stark hervortretenden Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Die histologische Untersuchung zeigte besonders starke Gefäßveränderungen am Frontalhirn.

E. Meyer (174) teilt folgenden Fall mit: Ein 26 jähriges Mädchen erkrankt 10 Jahre nach einer syphilitischen Infektion an Paralyse. Neben den diesem Leiden zugehörigen Symptomen traten nun allmählich auch andere Erscheinungen hervor, welche das Krankheitsbild komplizierten. Zudem bestand ein eigentümlicher

Liquorbefund. Es zeigten sich Störungen spinalen Charakters — Parese beider Beine mit gesteigerten Sehnenreflexen, später auch mit Spasmen, Sensibilitätsstörungen und Blasen-Mastdarmlähmungen. In den Beinen bestanden Schmerzen. Diese Symptome traten in kurzer Zeit auf und gingen ziemlich rasch wieder zurück. Im wesentlichen blieb nur spastisch-paretischer Gang bestehen. Die Vermutung einer meningitischen Erkrankung mit sekundärer Beteiligung des Rückenmarkes lag nahe. Im Liquor befand sich eine enorme Anzahl von Leukozyten. Bei der Sektion ergab sich eine außerordentliche Ähnlichkeit des Rückenmarksbefundes mit den Erscheinungen der Meningomyelitis marginalis *Raymonds*. Klinisch bestand also Paralyse kompliziert mit spinalen Symptomen, die als luetisch, nicht als metaluetisch aufgefaßt werden, auch deswegen, weil sie gleichzeitig mit einer antisyphilitischen Behandlung zurückgingen. Anatomisch fand sich typisch paralytischer Hirnbefund, im Rückenmark Veränderungen, welche nicht das gewohnte Bild der Lues cerebrospinalis boten, sondern sehr denen des Gehirns ähnelten.

Im Anschluß an einen Fall von *Maillard*, bei welchem im Verlauf einer Paralyse das *Parkinson*sche Zittern aufgetreten war, berichtet *Mirallié* (180) von einem Manne, der bei der ersten Konsultation des Arztes seit etwa 5 Wochen am *Parkinson*schen Zittern litt. Es fand sich bei der Untersuchung außerdem: Sprachstörung, Reflexdifferenzen, deutliche Arteriosklerose. Nach Verlauf von 4 Jahren ging der Pat. an seiner Paralyse zugrunde. Auffallend an dem Falle war, daß die intellektuellen Fähigkeiten, auch das Gedächtnis, außerordentlich intakt blieben und vor allem, daß neben einer mäßigen Dysarthrie das *Parkinson*sche Zittern monatelang das Krankheitsbild beherrschte.

Die von *Rémond* und *Lévèque* (214) mitgeteilte Beobachtung eines Fugue-Zustandes bei einem Paralytiker enthält einige interessante Einzelheiten.

Im *Aschaffenburg*schen Handbuch der Psychiatrie hat *Hoche* (7) die Paralyse bearbeitet. Wie *H.* in der Einleitung zu seiner Arbeit selbst schreibt, kommt es ihm hauptsächlich darauf an, die augenblicklich in Diskussion stehenden Fragen zu beleuchten, also die klinische Statistik heranzuziehen, die Frage des Wesens der Paralyse, der persönlichen und Rassendisposition, die Beziehungen der klinischen Erscheinungen auf nachweisbare Gehirnveränderungen, die moderne Diagnostik, die Remissionen und abortiven Formen sowie die Therapie zur Besprechung zu bringen. *H.* bringt also keine lehrbuchmäßige Darstellung, sondern er beschränkt sich im wesentlichen auf die strittigen, noch nicht vollkommen geklärten Fragen und bringt eine große Reihe kritischer Bemerkungen zu den bisherigen Ergebnissen der Paralyseforschung. Bei Besprechung der psychischen Symptome wird hervorgehoben, wie der Bau der Psyche im Verlaufe der Erkrankung von oben nach unten abgetragen wird, so daß schließlich das Niveau tiefer Stufen des Tierreichs erreicht werden kann. Betreffs der somatischen Krankheitserscheinungen stellt *H.* die im weitesten Sinne tabischen den im engeren Sinne paralytischen gegenüber. Bei den Sprachstörungen wird als charakteristisch erwähnt, daß die Patienten den Sprachschwierigkeiten sehr urteilslos gegenüberstehen, sie entweder gar nicht bemerken oder doch gefühlsmäßig nicht von ihnen berührt werden. — Die vasomotorischen und trophischen Störungen können Ausdruck



allgemeiner Stoffwechselveränderungen oder rein toxisch bedingt sein. Die serologischen Untersuchungen und ihre Ergebnisse, die bei der Paralyse so unendlich wichtig sind und die bereits ein Tatsachenmaterial vom allergrößten Umfange geliefert haben, werden leider nur sehr kurz, unter Zitierung einer schematischen Zusammenstellung von *Nonne*, behandelt, so daß auch einige wichtige Forschungsergebnisse (Hämolysinreaktion u. a.) keinen Platz finden konnten. Auch der mikroskopischen Untersuchung des Liquor cerebrospinalis ist nur mit wenigen Worten Erwähnung getan. — Bezüglich der Pupillenerscheinungen schließt sich *Hoche* den Anschauungen von *Weiler* und *Bumke* an. Dauernde isolierte reflektorische Pupillenstarre kommt nur bei Tabes, progressiver Paralyse und angeborener oder erworbener Syphilis vor und ist auch im letzten Falle meist als Frühsymptom einer Tabes oder progressiven Paralyse aufzusfasen. Über den Sitz der reflektorischen Pupillenstarre ist Sicheres noch nicht bekannt. Veränderungen im Halsmark genügen nicht zur Erklärung. — Daß die Paralyse heute häufiger unter der rein dementen Form mit Zurückdrängen der expansiven verläuft, hält *H.* für sehr wohl möglich, doch warnt er vor dem Überschätzen des persönlichen Eindrucks. Die veränderte Art der Paralysebehandlung und die veränderte Auffassung vom Wesen der Geisteskrankheiten, die den Irrenanstalten sehr viel mehr ruhige Paralysen zuführt, als dies früher der Fall war, kann unser Urteil in dieser Beziehung fälschen. — Bei Erwähnung der konjugalen Paralyse erinnert *H.* an die Feststellung, daß die Syphilis bei der infizierten Ehehälfte in fast 100% der Fälle latent verlief, wenn der infizierende Teil an einem syphilitischen zerebrospinalen Leiden erkrankt war, während in über 50% der Fälle eine Infektion bekannt war und sekundäre Erscheinungen auftreten, wenn der infizierende Teil organisch gesund war. *H.* glaubt, „daß vielleicht die Syphilisspirochäten infolge ihres Durchgangs durch das zentrale Nervensystem so viel an Virulenz einbüßen können, daß sie nicht mehr imstande sind, bei dem infizierten Teile Primär- oder Sekundärerscheinungen hervorzurufen“. Ist an sich schon der Gedanke einer Passage der Spirochäten durch das zentrale Nervensystem nicht ganz einfach zu fassen, so machen doch wohl die zeitlichen Zusammenhänge zwischen der Infektionsmöglichkeit und dem Ausbrechen einer organischen Erkrankung so große Schwierigkeiten, daß nach dieser Richtung unsere Vermutungen nur recht vager Natur sein können. — Bezüglich der Dauer der Paralyse sind sehr auffällig die statistischen Untersuchungsergebnisse von *Junius* und *Arndt* (auch von andern), daß die Erkrankung länger dauert, wenn sie erst in höherem Alter eintritt oder wenn eine schwere erbliche Belastung vorliegt. In eingehender Weise bespricht *H.* die Differentialdiagnose der Paralyse gegenüber den Tabespsychosen, der Hirnsyphilis usf., die trotz der Unterstützung durch die Serologie gelegentlich nicht zu überwindende Schwierigkeiten machen kann. Nach einer kurzen historischen Einleitung über Ursache und Wesen der Paralyse äußert *H.* seine eigenen Anschauungen über diesen Punkt. Unter den neben der Syphilis mitbestimmenden Faktoren betrachtet *H.* die negativen und positiven Momente gesondert. Die relative Häufigkeit des Erkrankens von Ehepaaren, die gemeinsame Infektion bei Glasbläsern, von denen mehr als die Hälfte später tabisch oder paralytisch wurde, die schwere Schädigung des Nervensystems nach einer Infektion aus einer bestimmten An-

steckungsquelle legt *H.* den Gedanken nahe, daß es Spirochätenstämme gibt, die eine besonders starke Affinität zum Nervensystem besitzen, wenn auch ein solcher Zusammenhang nicht einwandfrei beweisbar ist. Gegenüber den bisherigen Forschungsergebnissen, welche die die Paralyse scheinbar ausschließenden Momente, also vor allem unsere heutigen Ansichten über Rassedisposition betreffen, ist *H.* mißtrauisch. Er hält die Schwierigkeiten genauer Untersuchung besonders unter den gleichen Bedingungen wie bei uns, für sehr groß, Abweichungen im Verlauf der Paralyse bei verschiedenen Rassen für möglich, so daß er glaubt, definitive Schlüsse bezüglich der Rassendisposition nicht ziehen zu dürfen, allerdings hält es auch *H.* wenigstens für möglich, daß noch weitgehende Rassenimmunitäten vorhanden sein mögen, auch stimmt er im ganzen *Kraepelin* bei, der annimmt, daß den Kulturvölkern Schutzeinrichtungen verloren gegangen sind, die bei primitiveren Völkern noch bestehen. Unter den Hilfsmomenten bei der Entstehung der Paralyse mißt *H.* dem Alkohol keine Bedeutung bei. Gegen die Anwendung der *Edinger*schen Aufbrauchstheorie auf die Entstehung der Paralyse hat *H.* große Bedenken. Er betont, daß die immer wieder sich zeigende Übereinstimmung in den Grundzügen des Krankheitsbildes gegenüber den quantitativ und qualitativ verschiedensten Funktionen für die Unabhängigkeit des pathologischen Prozesses von den vorwiegend benutzten Faserbahnen spricht. Auch das Progrediente im Wesen des Leidens selbst bei Ausschließung von Schädlichkeiten spräche gegen die Anwendung der *Edinger*schen Lehren. Bezüglich des inneren Verhältnisses zwischen Syphilis und Paralyse nimmt *H.* eine direkte oder indirekte Giftwirkung an und glaubt auch, was heute ja durch *Noguchis* Befunde äußerst wahrscheinlich gemacht ist, daß Spirochäten während des klinischen Verlaufs der Paralyse noch vorhanden sind. Ein Zwischenglied, wie z. B. eine Stoffwechselstörung im Sinne *Kraepelins*, glaubt er entbehren zu können. Für eine immer wieder erneute Giftwirkung scheinen ihm die Exazerbationen im klinischen Verlaufe (wie z. B. Anfälle, deliriöse Zustände usw.) ebenso wie die Inter- und Remissionen zu sprechen. *H.* zieht daraus den Schluß, daß auch nur ein Teil der Erscheinungen anatomisch bedingt ist. *H.* hebt noch besonders die entsprechenden Tatsachen der Tabespathologie hervor. Als Novum tritt bei der Paralyse die diffuse Hirnbeteiligung und die entzündlichen Erscheinungen an Bindegewebe und Stützsubstanz hinzu. Die nicht ganz so drastisch sich aufdrängenden Befunde an den vier Reaktionen bezüglich der Tabes und die eben erwähnten Tatsachen legen die Annahme nahe, daß es sich bei der Paralyse um eine stärkere Giftwirkung handelt. Was die Auswahl betrifft, welche die Erkrankung unter den verschiedenen Fasersystemen trifft, so neigt *H.* zu der Anschauung, daß das Ausschlaggebende eine primäre Disposition einzelner Systeme sei. Das Kapitel „Behandlung" bringt bekannte Gesichtspunkte. Auf forensischem Gebiete tritt *H.* für eine möglichst frühzeitige Entmündigung ein.

Die Anatomie der Paralyse wird von *Alzheimer* bearbeitet werden.

Straßmann (251 b) bringt die Krankengeschichte eines 49 jährigen Tabikers. Nach etwa 10 jähriger Dauer der Krankheit traten bei dem Patienten typische myoklonische Zuckungen auf, die sich in unregelmäßigen Intervallen auf die unteren Extremitäten, weniger auf den Schultergürtel, erstreckten. Während der Zuckungen



bestanden höchst peinliche Sensationen. Interessant ist, daß die Sehnenreflexe vollkommen aufgehoben waren. Hyperästhesie gegen Geräusche, Überempfindlichkeit für feine Berührung, Schwindel, Flimmern, Brechneigung, Benommenheit sprechen für eine Erregung des Kortex und nicht für eine Übererregbarkeit der Reflexzentren des Rückenmarks.

Die bisher ganz ungenügenden Erklärungsversuche der tabischen Arthropathie haben *Stargardt* (245) veranlaßt, der Frage pathologisch-anatomisch nochmals näherzutreten, obgleich die bisherigen Ergebnisse histologischer Untersuchungen bei Arthropathien und Spontanfrakturen außerordentlich gering waren. In dem Falle von *St.* handelt es sich um einen 44 jährigen Paralytiker. Das rechte Knie war stark verdickt, überall Fluktuation, keine Schmerzempfindlichkeit; nirgends empfindliche Erscheinungen, Haut prall, Gelenkkapsel verdickt. Bei der Sektion ergab sich im rechten Knie die Synovialflüssigkeit vermehrt, die Synovialmembran schwielig verdickt und von dicken Zotten bedeckt. In einzelnen Zotten knorpelige Einlagerungen. An den Gelenkflächen Usurierungen. — Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab typisch paralytischen Befund. Die histologische Untersuchung der Arthropathie ergab vor allem, daß die Synovialmembran als Sitz der Erkrankung anzusehen war. Die Intermediärschicht zeigte ein ausgesprochenes Ödem, daneben Vermehrung des Bindegewebes und der elastischen Fasern. Sowohl im Stratum internum wie Stratum medium fand sich eine ausgesprochene Infiltration durch Plasma- und Mastzellen. Die Plasmazellen waren ganz diffus in der Synovialmembran verteilt, in größeren Mengen in der Nähe der Gefäße und in der Innenhaut, ziemlich dicht unter der Oberfläche. Nekrosen oder Riesenzellen wurden nirgends gefunden. Es handelte sich demnach um einen in der Synovialmembran lokalisierten Prozeß entzündlicher Art. *St.* faßt diesen Prozeß als einen syphilitischen auf und begründet dies mit seiner Ähnlichkeit mit dem histologischen Bilde der Aortitis luica, mit den Gefäßveränderungen vom Charakter der Endarteriitis proliferans und mit Gelenkerkrankungen hereditär syphilitischer Kinder. *St.* suchte konsequenterweise nach Spirochäten, allerdings ohne Erfolg. Er äußert sich darüber, worauf dieser Mißerfolg zurückzuführen sein kann. — *St.* betont weiter, daß sowohl die Tabes wie die hereditäre Lues die Kniegelenke bevorzugt; bei beiden Erkrankungen ist auch der Beginn ein plötzlicher, und sie verlaufen ohne jede sichtbare entzündliche Erscheinung. Die elefantiastischen Verdickungen, die hochgradigen Zerstörungen, das Fortschreiten des Prozesses auch bei bettlägerigen Kranken, die Gelenkerkrankungen, die als Frühsymptome auftreten, die Arthropathien bei Paralyse auch ohne sonstige tabische Symptome, die tabischen Spontanfrakturen, die partiellen Einschmelzungsprozesse von Knochensubstanz erklärt *St.* für besondere luetische Vorgänge. Nach seiner Ansicht handelt es sich also bei den tabischen Arthropathien um einen entzündlichen Prozeß, der identisch mit dem bei der *Döhle-Heller*schen Aortitis und mit den entzündlichen Vorgängen bei der Tabes und progressiven Paralyse ist, um einen spätsyphilitischen Prozeß ohne Gummenbildung.

Damaye (55) betont die Verschiedenartigkeit der Symptomenbilder, die bei Paralyse vorkommen können, und schließt, daß an der alten Anschauung *Esquirols*,

die Paralyse sei keine Einheit, sondern eine Komplikation verschiedener Geisteskrankheiten, viel Wahres sei.

Westhoff (270) betrachtet die progressive Paralyse als eine Rassekrankheit, welche in erster Linie die höheren, speziell die germanische Rasse befällt. Dabei schließt *W.* unter den Begriff der germanischen Rasse die stammesverwandten Slaven und Kelten ein. Er glaubt, daß die andern Völker nur in dem Maße von Paralyse befallen werden, als sie von germanischen Elementen durchsetzt sind. *W.* bemerkt von Frankreich, Österreich, Italien, Nordamerika und andern Ländern, daß diejenigen Landesteile hauptsächlich Paralytiker hervorbringen, deren Bevölkerung im Laufe der Geschichte oder nach dem gegenwärtigen Bevölkerungsstande intensiv mit germanischen Volksstämmen in Berührung gekommen sind oder heute noch zu ihnen gehören. Daß Länder, deren Bevölkerung ganz oder zum größten Teil germanischen Ursprungs ist — wie Irland, Schottland, Norwegen und Island —, verschont blieben von Paralyse, erklärt *W.* mit der Annahme geringer Verbreitung der Lues. Indianer und Neger Nordamerikas, bei denen bis vor wenigen Jahrzehnten die Lues unbekannt war, werden heute bereits ziemlich häufig von Paralyse betroffen. Sie sind allmählich aus ihrer Abgeschlossenheit herausgetreten; sie haben sich hauptsächlich mit germanischen Bevölkerungsteilen Nordamerikas vermischt und damit die Empfänglichkeit für Paralyse akquiriert. Auch bezüglich der besonders zur Paralyse neigenden Juden greift *W.* auf seine Anschauung über die Mischung mit germanischen Stämmen zurück. *W.* glaubt also nachgewiesen zu haben, daß die Paralyse eine Krankheit der germanischen Rasse ist und erläutert dies näher damit, daß die Germanen, anthropologisch hochstehend, überhaupt besonders krankheitsempfänglich sind. Die Lues hat sich bei ihnen in ihrer Verlaufsart so geändert, daß an Stelle des immer undeutlicher werdenden dritten Stadiums allmählich Paralyse (und Tabes) treten. Diesen Entwicklungsgang hat die Syphilis nur bei den Germanen genommen. Die andern Rassen bleiben von Paralyse verschont, wenn sie sich mit den Germanen nicht mischen. Die Arbeit *W.*s enthält nur ungenügende Beweisversuche.

Mendel und *Tobias* (170) behandeln die Frage der Frauentabes an ihrem klinischen und poliklinischen Material aus den Jahren 1900 bis 1910. Das Häufigkeitsverhältnis des Vorkommens der Tabes bei beiden Geschlechtern entspricht dem Häufigkeitsverhältnis der Ausbreitung der Lues. *M.* u. *T.* fanden das Verhältnis 1,85 : 1,0. Auffallend ist das Zurücktreten der Krankheit bei Frauen besserer Stände im Gegensatze zu solchen der unbemittelten Kreise. Die Erstgenannten sind mehr geschützt durch die bessere Kenntnis und das stärkere Verantwortungsgefühl der Männer ihres Standes (Prozentsatz 7,96 private, 92,04 poliklinische Patientinnen). Originell ist, daß auch in der Statistik von *M.* und *T.* die Nähmaschine bei tabischen Frauen (Schneiderinnen) eine große Rolle spielt. Weitaus die meisten tabischen Frauen waren verheiratet; die Mehrzahl der Erkrankungen beginnt im 4. Lebensdezennium (wie beim Manne). In einem Falle lag die luetische Infektion über 35 Jahre zurück. Auffallend hoch ist die von den beiden Autoren beobachtete Kinderlosigkeit tabischer Frauen. Während unter gewöhnlichen Verhältnissen 10 bis 15% aller Ehen steril sind, fanden *M.* und *T.* 59%, und zwar hatten 28%

der Frauen überhaupt nicht konzipiert, 31% waren durch Aborte, Frühgeburten, Totgeburten usw. kinderlos geblieben. Die Tabes speziell verschuldet natürlich diese Erscheinung nicht, da sie ja fast immer in einem Lebensalter zum Vorschein kommt, in dem die Frauen die meisten Entbindungen bereits hinter sich haben. Aber das die Tabes bedingende Agens muß schädigend wirken. Die Syphilisätiologie der Tabes wird natürlich aufs bestimmteste betont. Bezüglich der anamnestischen Angaben ist interessant, daß von 64 sicheren Fällen 32, also gerade die Hälfte, selbst zugab, früher luetisch infiziert gewesen zu sein. In weiteren 18 Fällen wußte zwar die Patientin selbst nichts von durchgemachter Syphilis, doch gab der Ehemann für seine Person Lues zu. Also war in 78% der Fälle Lues anamnestisch in der Familie. Von den 14 übrigbleibenden Fällen reagierten alle bis auf einen (Gumma cerebri) Wassermann positiv. Objektive Symptome, die auf frühere Lues schließen ließen, waren äußerst selten. Bezüglich der Tabes conjugalis wird von *M.* und *T.* die interessante Beobachtung, die von andern Autoren bereits gemacht war, bestätigt, daß sich die Anfangssymptome der Erkrankung bei Ehegatten auffallend häufig ähneln, daß das Intervall zwischen Infektion und Krankheitsausbruch gleich lang ist. Relativ häufig erkrankte der Ehemann zuerst, oder beide Ehegatten erkrankten gleichzeitig. Die Erfahrungen der Autoren mit der *Wassermann*schen Reaktion weichen nicht wesentlich von denen anderer Untersucher ab. In drei Fällen, in welchen die Jungfernschaft der Patientinnen über jeden Zweifel erhaben war, handelte es sich um hereditäre Tabes. In Übereinstimmung mit den Berichten einer ganzen Reihe anderer Autoren fanden *M.* und *T.* die Inkubationsdauer der Tabes bei unbehandelten Fällen16,2 Jahre, bei mit einmaligen Hg-Kuren behandelten Fällen 11,4 Jahre, bei mit zwei Hg-Kuren behandelten Fällen 7,5 Jahre. Natürlich ist mit dieser und den andern Statistiken die Frage des Hg-Einflusses nicht so wesentlich gefördert, daß weitgehende Schlüsse und Forderungen daraus gefolgert werden könnten, aber die Tatsache der Übereinstimmung der statistischen Ergebnisse aus dem differentesten Material ist doch sehr interessant. Den Erkältungen, dem Trauma, der Überanstrengung, den sexuellen Exzessen weisen die Verfasser die ihnen gebührende Stellung als manchmal auslösendes Moment bei der Entstehung der Tabes zu. Dem Alkohol wird keine große Bedeutung beigemessen; dagegen muß man auch nach den Erfahrungen von *M.* und *T.* in der Heredität einen nicht unwesentlichen Faktor erblicken, der eine gewisse Disposition zur tabischen Erkrankung schafft. Symptomatologie: Auch beim weiblichen Geschlecht ist der Krankheitsbeginn meist ein schleichender. Frühsymptome zeigen sich häufig bereits zu einer Zeit, wo objektive Zeichen des Leidens noch kaum oder gar nicht nachweisbar sind. Pupillen- und Augenmuskelsymptome bestanden in der bekannten Häufigkeit. Recht zahlreich vertreten waren Augenhintergrundsymptome, besonders die Optikusatrophie. Bemerkenswert bezüglich der Sehnenreflexe ist, daß nur in 2 Fällen, in denen der Patellarreflex fehlte, der Achillesreflex noch vorhanden war. In allen übrigen Fällen fehlte, wenn der Patellarreflex nicht auslösbar war, auch der Achillesreflex. Hingegen war in 14 Fällen der Patellarreflex noch vorhanden, während der Achillesreflex bereits verschwunden war. Es zeigte somit auch die Statistik von *M.* und *T.*, daß das Fehlen des Achillesreflexes ein konstanteres Symptom der Tabes

darstellt als das *Westphal*sche Zeichen, daß fehlende Achillesreflexe bei erhaltenen Patellarreflexen ein viel häufigeres Vorkommnis bei der Tabes sind als das Umgekehrte. Den Bauchreflexen scheint keine wesentliche pathognostische Bedeutung zuzukommen. In bezug auf die Häufigkeit des Bestehens objektiver Sensibilitätsstörungen zeigte sich keine wesentliche Differenz zwischen Männer- und Frauentabes, wohl aber bezüglich der subjektiven. Parästhesien und Schmerzen, vor allem lanzinierender Art, spielen beim Manne eine sehr viel größere Rolle als bei der Frau. Das *Abadie*sche Zeichen scheint eine gewisse Beachtung als tabisches Symptom zu verdienen. In 30,1% der Fälle waren die Fälle mit Arteriosklerose kompliziert, also relativ häufig. Krisen dürften bei Frauen kaum häufiger vorkommen als bei Männern. Die Verf. berichten im speziellen über das Vorkommen von Klitoris-, vulvovaginalen, Uterus- und Ovarialkrisen bei Frauen an der Hand der einschlägigen Literatur. Der Beginn der Tabes fiel bei ziemlich vielen der untersuchten Fälle in die Zeit des Klimakteriums. Wiederholt wurde beobachtet, daß die gastrischen Krisen, die hemikranischen Anfälle und andere Beschwerden gerade in dieser Epoche zurückgingen, so daß von der Zeit der Menopause an das Leiden erträglicher wurde. Häufig geht mit der Tabes eine Abnahme der Libido sexualis und des Wollustgefühls einher. Tabische Frauen können gesunde Kinder gebären; eine Indikation zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft schafft die Erkrankung im allgemeinen also nicht, sie besteht, wenn eine Exazerbation der Schmerzen eintritt, was bisweilen vorkommt. Der Partus selbst kann normal, manchmal schmerzlos verlaufen. Häufig ist die Frauentabes mit Hysterie, Migräne usw. kompliziert. Interessant ist die relative Häufigkeit der Komplikation mit Paralysis agitans und besonders mit Basedow. Letztere Kombination wird mit einem Betroffensein des Sympathicus erklärt. Die Differentialdiagnose gegenüber andern Erkrankungen bietet die gleichen Gesichtspunkte wie die der Männer. Bezüglich der Verhütung der Konzeption lassen sich allgemeingültige Regeln nicht aufstellen, doch ist immer im Auge zu behalten, daß die Gefahr, eine tabische Frau werde ein neuropathisch belastetes, in seinem Nervensystem widerstandsunfähiges Kind zur Welt bringen, eine sehr große ist.

Die Verf. treten im Schlußsatze für eine energische Behandlung der Lues als prophylaktische Maßnahme gegenüber der Tabes ein. Sehr dankenswert ist das ausführliche, als Anhang gegebene Literaturverzeichnis.

Vor einigen Jahren hat *Rudnew* (222) 9 Fälle progressiver Paralyse beschrieben, bei denen Symptome der Paranoia in auffallender Weise ausgeprägt waren. Namentlich war der systematisierte Verfolgungswahn prominent. *R.* schlug für solche Fälle die Bezeichnung Paralysis progressiva paranoides vor. Da sich hier die physischen Zeichen spät einstellen, ist die Abgrenzung von Paranoia und Dementia paranoides zuweilen recht schwierig. Immerhin ist ein dementer Zug von vornherein zu finden, was sich differentialdiagnostisch verwerten läßt. In der vorliegenden Arbeit schildert der Verf. den Verlauf von 3 Fällen, die er bis zum letalen Ende beobachten konnte. In einem Falle, der 8 Jahre unter Beobachtung stand, sind erst 8 Monate vor dem Tode deutliche Zeichen der Paralyse aufgetreten. Die vorgenommene Sektion bestätigte die Diagnose der Paralyse. (*Fleischmann*-Kiew.)

Auf Grund eigener Untersuchungen und der Literatur entnommener Angaben kommt *Budenko* (45) zu folgenden Schlüssen über den Zustand der Reflexe bei progressiver Paralyse: Steigerung der periostalen Sehnen- und Muskelreflexe an den oberen Extremitäten wird ebenso wie die Steigerung der periostalen und Muskelreflexe am Gesicht sehr häufig gefunden. Ein Fehlen der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten wird nur ausnahmsweise bei progressiver Paralyse beobachtet. Auf der Höhe der Krankheit wird Erhöhung der Patellar- und Achillessehnenreflexe etwa zwei- bis dreimal häufiger als ihr Fehlen oder ihre Abschwächung beobachtet. Im Beginn und Endstadium der Krankheit ist Abschwächung dieser Reflexe häufiger zu beobachten. Die Achillessehnenreflexe verschwinden früher als die Patellarreflexe. Während sich die Reflexe an den unteren Extremitäten durch Unbeständigkeit auszeichnen, ist die Steigerung der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten ziemlich konstant. Anderseits geben sie annähernd die Schwankungen des paralytischen Prozesses wieder. Während der Remissionen, beim Eintritt von Besserungen im körperlichen und seelischen Befinden der Patienten geht die Erhöhung der Reflexe an den oberen Extremitäten zuweilen bis zur Norm zurück, und zwar tritt diese Veränderung häufiger und früher als die Rückveränderung des Zustandes der Reflexe an den unteren Extremitäten ein. Von den Reflexen der oberen Extremitäten verdient in dieser Beziehung der mit dem *Steiner*schen Infraspinatusreflex identische *Bechterew*sche Scapulo-humeral-Reflex besondere Beachtung: er fehlt nie bei progressiver Paralyse und ist auch niemals abgeschwächt. Meist ist er lebhaft gesteigert. Diese Steigerung äußert sich zuweilen auch in Ausdehnung seiner Wirkung auf das Gebiet des Deltoideus und des Biceps.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Jurmann (128) beschäftigt sich mit der Frage des Körpergewichts bei progressiver Paralyse. Nach seinen Feststellungen schwankt das Körpergewicht der Paralytiker wellenartig, wobei das Maximum im Frühling, in seltenen Fällen im Dezember, das Minimum in den Herbstmonaten verzeichnet wurde. Gewichtszunahme ist im allgemeinen mit einer Besserung verbunden. Es kommen zuweilen ganz ungeheure Gewichtszunahmen zur Beobachtung. Umgekehrt bemerkt man oft rapides Sinken des Gewichts, das gewöhnlich von ominöser Bedeutung ist. Der Tod tritt bei Paralytikern im Durchschnitt nach einem Gewichtsverluste von 28,5% ein. (*Fleischmann*-Kiew.)

Gluschkow (97) wandte in 2 Fällen progressiver Paralyse gegen gehäufte epileptische Anfälle die Lumbalpunktion an. In einem dieser Fälle, in dem der Druck der Zerebrospinalflüssigkeit sehr stark erhöht war, war die Wirkung der Flüssigkeitsentleerung eklatant. In dem andern Falle war der Druck nicht wesentlich erhöht, es wurde deshalb nur wenig Flüssigkeit entleert, und die Wirkung trat nur allmählich ein. Immerhin hat auch hier der Eingriff günstig gewirkt.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Über die Salvarsanbehandlung syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen des Nervensystems berichtet *Klieneberger* (141). Er behandelte 87 Kranke mit 194 Injektionen (21 intramuskulär, 173 intravenös). Intravenös wurden 0,3 bis 0,4 g gegeben. Unter dem Material befanden sich 31 Paralysen, 10 Tabiker, 29 Fälle



von Lues cerebrospinalis und 11 Kranke, „bei denen eine Komplikation mit sekundärer Lues vorlag oder bei denen die luetische Natur des Krankheitsbildes zunächst nicht sicher festgestellt, aber auch nicht ausgeschlossen werden konnte und bei denen daher eine spezifische Therapie angebracht erschien". Er beobachtete bei den Paralysen keinerlei Besserung, sondern im Gegenteil ungünstigeren Verlauf der Krankheit. Auch auf die vier Reaktionen hatte das Salvarsan keinen Einfluß. In der Tabesgruppe zeigte sich vorübergehende Besserung der subjektiven Symptome, zweimal langsame Rückbildung von Augenmuskellähmungen, zweimal verschlechterte sich der Zustand. Bei der Lues cerebri (29 Fälle) blieben 6 Fälle unbeeinflußt, 23 wurden subjektiv, von diesen 12 auch objektiv mehr oder weniger weit gebessert, 1 wurde geheilt. In einigen Fällen ging der Zell- und Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit zurück, in andern nahm er zu. In der letzten Gruppe zeigte sich keine Veränderung. — *Spiethoff* (243) machte an einem großen Material die Beobachtung, daß die Zahl der Neurorezidive im umgekehrten Verhältnis zur Stärke der vorausgegangenen Behandlung steht. Durch das Salvarsan, glaubt *Sp.*, werde eine Neigung zur syphilitischen Nervenerkrankung geschaffen, aber nur wenn der Organismus durch eine vorausgegangene ungenügende Salvarsan- oder kombinierte Hg-Behandlung mangelhaft entkeimt sei. Die Prognose und Therapie der nach Salvarsan auftretenden Neurorezidive unterscheiden sich nicht von jenen der Neurorezidive ohne vorausgegangene Salvarsankur. Für die Erkennung und Behandlung sei die Wassermann-Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit, die Zellzählung, besonders aber die Phase I-Reaktion von großem Wert. Auch die Behandlung von Tabes und Paralyse durch Salvarsan sieht *Sp.* als aussichtsreich an. Er will auch eine Beeinflussung des Verhaltens der Zerebrospinalflüssigkeit gesehen haben. Auch hier rät er, das Mittel in „ausgiebigster, vollster Weise" zur Anwendung zu bringen. Von Luikern mit nicht luischen Nervenkrankheiten wird das Salvarsan gut vertragen. Luische Erkrankungen des Zentralnervensystems behandelt S*p.* so, daß er bei lokalisierter Erkrankung eines oder zweier Hirnnerven die Salvarsankur, unterstützt durch Hg, sofort beginnt, während bei diffusen Prozessen mit Hg vorgearbeitet wird, dann Salvarsan in kleinen Anfangsdosen und steigenden Mengen folgt. Als Ursache der gehäuften Neurorezidive sieht *Sp.* im zweiten Teile seiner Arbeit eine reizende, schwächende Wirkung das Salvarsans auf des Zentralnervensystem an, „das Entstehen eines Locus minoris resistentiae, dessen sich die Spirochäten besonders im Frühstadium der Lues bemächtigen können, wenn nicht durch weitere spezifische Mittel für eine weitgehende Entkeimung des Körpers gesorgt wird". Die toxische Salvarsanwirkung illustriert *Sp.* an der Hand zweier Fälle schwerster zerebraler Störung nach Salvarsan, sogenannter „Krampffälle". Auch hier ist therapeutisch und prognostisch die Spinalpunktion und die Untersuchung des Punktates von großem Nutzen. *Sp.* spricht dann noch über die nach Salvarsan auftretenden Liquorveränderungen und ihre mutmaßlichen Ursachen und empfiehlt nochmals die Lumbalpunktion.

In einer größeren Arbeit verbreitet sich *Dreyfus* (64) über seine Erfahrung mit Salvarsan. Der erste Teil ist der Dosierung des Salvarsans gewidmet. Nach einer Besprechung der Wichtigkeit der richtigen Dosierung geht *D.* auf die Dosierung des

Salvarsans bei primärer und sekundärer Lues, kompliziert durch Beteiligung des Nervensystems, ein. Das Salvarsan soll mit Hg, eventuell auch mit Jod, kombiniert werden. Er empfiehlt, mit Kalomelinjektionen vorzubehandeln, dann mit 0,1 bis 0,2 Salvarsan zu beginnen. Eine *Herxheimer*sche Reaktion an den Meningen wird durch Lumbalpunktion bekämpft. Man steigt mit je einem Tage Pause bis Salvarsan 0,5. Im ganzen sollen etwa 5 g Salvarsan gegeben werden. An mehreren Beispielen, mit Liquoruntersuchungen verbunden, erläutert *D.* diese Behandlungsmethode. Bei Behandlung der Neurorezidive soll ähnlich vorgegangen werden, nur ist hier noch größere Vorsicht bei der Dosierung am Platze. Die Lues cerebrospinalis bedarf weniger der vorsichtigen Anfangsdosierung, so daß man mit 0,3 bis 0,4 g beginnen kann. Eine Einleitung der Kur mit zwei Kalomelinjektionen (0,03 bis 0,05) ist zweckmäßig. Bei geringen Dosen können auch hier Reizwirkungen auftreten. In einem Falle, den *D.* genauer bespricht, hat eine Dosis von 0,4 Salvarsan eine außerordentliche Besserung erzeugt. Anderseits hat *D.* 8 bis 9 g Neosalvarsan in 6—8 Wochen gegeben, warnt aber davor, 8 bis 8½ g und die Einzeldosis von 0,75 bis 0,9 g zu überschreiten. Auch bei Tabes und Paralyse empfiehlt *D.* intensive Salvarsanbehandlung und bringt zum Schluß ein Schema seines Behandlungsmodus.

Im zweiten Teile (65) erörtert *D.* die Entstehung, Verhütung und Behandlung der Neurorezidive. Er betont, daß die Neurorezidive fast ausschließlich in der Sekundärperiode der Lues entstehen, also in der Zeit der maximalen Durchseuchung, die der Sterilisation die größte Schwierigkeit entgegensetzt. Er tritt der Ansicht der Toxizität des Salvarsans entgegen und verficht die Anschauung, daß bei zu geringen Salvarsandosen namentlich die am schlechtesten durchbluteten Organe, zu denen auch das Zentralnervensystem gehört, am schlechtesten sterilisiert werden; wenn also gerade dort Spirochäten der Abtötung entzogen werden, so finden die übrigbleibenden die besten Lebensbedingungen. *D.* bringt dann die Krankengeschichten einer Reihe von Neurorezidiven mit Lumbalpunktionen. Wir finden da ein Neurorezidiv des Acusticus ohne vorausgegangene Behandlung, mehrere solche nach Quecksilberbehandlung; unter den zu Salvarsan in Beziehung stehenden sehen wir zwei Fälle von schon vor der Salvarsaninjektion bestehender lokalisierter Hirnlues, 4 Fälle nach Salvarsan, schließlich eine rheumatische Hirnnervenneuritis. Auffallend ist, daß es sich in allen Fällen um Störungen des Nervus octavus handelt. Zur Verhütung empfiehlt er eine Behandlung, deren Intensität und Wiederholung durch ständige Lumbalpunktionen kontrolliert werden muß, und sorgfältige Krankenbeobachtung, namentlich Untersuchung des Nervensystems, insbesondere des Opticus und Acusticus. Die Behandlung der Neurorezidive muß möglichst frühzeitig begonnen und möglichst intensiv durchgeführt werden, bei genauer Überwachung des Allgemeinbefindens und eventueller Kombination mit hydrotherapeutischen und Schwitzprozeduren.

Donath (61) wendete das Salvarsan in 48 Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems an; darunter waren 30 Fälle von Lues cerebri. Er fand teils geringere, teils erheblichere Besserung verschiedener Symptome, die hier nicht einzeln angeführt werden können. 31 Fälle von Tabes zeigten nach Salvarsanbehandlung eben-



falls Besserungen verschiedener Symptome, besonders der subjektiven. Auch von 28 Fällen von Paralyse weiß *D.* zu berichten, in denen zum Teil ganz auffallende Besserungen auftraten. Ferner berichtet *D.* über Dosierung, auffallende Folgeerscheinungen der Salvarsaninjektionen, Neurorezidive und die Kombination des Salvarsans mit Natrium nucleinicum und Quecksilber.

Über die Tuberkulinbehandlung der progressiven Paralyse berichtet *Pilcz* (204). Er bespricht zunächst das weitere Schicksal von Paralytikern, die mit Tuberkulin behandelt worden waren und deren Krankengeschichten früher berichtet worden sind, bringt dann eine Anzahl Beobachtungen von Mißerfolgen, Stationärbleiben der Krankheit, Besserungen und weitgehenden Remissionen nach der Kur und resümiert dahin, daß bei den mit Tuberkulin behandelten Paralytikern Remissionen in größerer Häufigkeit und höherem Grade auftreten als bei den unbehandelten. Besonders günstig verhalten sich hier die einfach dementen Formen, während bei den manischen die Remissionen erst später auftreten. Auf die begleitenden Hinterstrangsaffektionen hat die Therapie keinen Einfluß. Die Wassermann-Reaktion wurde durch die Kur nicht verändert.

Friedländer (88) teilte zwei mit Tuberkulin behandelte Fälle mit. Bei dem ersten kehrten die Pupillenreaktion nach der ersten Injektion wieder und der Kranke machte mehrfache Remissionen durch, bei dem zweiten kehrten die Reaktionen zurück und es wurde die positive Wassermann-Reaktion negativ. *F.* hält aber eine Lues cerebri nicht für ausgeschlossen. Im allgemeinen verhält sich *F.* den Erfolgen der Tuberkulinbehandlung gegenüber skeptisch; er empfiehlt sie aber, da sie wissenschaftlich und ungefährlich ist, und sieht schon eine große Bedeutung der Methode darin, wenn sie imstande ist, den Eintritt einer Remission zu beschleunigen oder diese zu vertiefen bezw. zu verlängern.

Vorbrodt und *Kafka* (265) behandelten Fälle von progressiver Paralyse (8), Tabes dorsalis (1) und Encephalitis luica (1) mit intramuskulären Injektionen von Enesol. Sie konnten die günstige Wirkung von *Frey* auf das klinische Bild nicht beobachten; nur der Fall von Tabes zeigte eine leichte Besserung der Arthropathie. Vor der Injektion sowie nach dem ersten und dem zweiten Enesolturnus wurde Blut und Spinalflüssigkeit mit den 5 Reaktionen untersucht; auch hier konnte keine günstige Beeinflussung durch das Mittel konstatiert werden.

Zusammenfassende Referate über die Behandlung der progressiven Paralyse geben *Spielmeyer* (241) und *Meyer* (173). Während der erstere die allgemeinen Heilungsaussichten nach allen Richtungen hin bespricht, stellt *Meyer* alles zusammen, was bisher zur Heilung der Paralyse geschehen ist und kommt zu dem Schlusse, daß für keine der vorliegenden Behandlungsmethoden der Beweis erbracht ist, daß „sie auf die Dauer das Fortschreiten des paralytischen Krankheitsprozesses zu verhindern vermag". Die Möglichkeit einer günstigen Beeinflussung gibt *M.* zu und hebt besonders die Tuberkulinkur — vornehmlich die Kombination mit Hg — hervor. Er verneint die Befürchtung, daß die Behandlungsmethoden Schaden anrichten könnten und redet den prophylaktischen Maßnahmen das Wort. *Jadassohn* (123) bringt in seinem ausführlichen Referate über die spezifische Behandlung der parasyphilitischen Nervenerkrankungen nichts Neues.



Pighini (203) untersuchte die Gehirne von 5 Fällen von progressiver Paralyse, 1 Fall von Dementia praecox und 1 Fall eines normalen Individuums. Im ersten Azetonextrakt wies er eine Substanz nach, die bisher nicht bekannt war; ferner fanden sich bei den Paralytikern große Differenzen gegenüber der Norm in bezug auf den Trockenrückstand, den Gesamtazetonextrakt und Gesamtpetrolätherextrakt; daneben zeigten sich ausgeprägte Veränderungen bei der Verteilung von Cholesterin und andern Phosphatiden im Azetonextrakt. Besonders wird auf die starke Zunahme des Cholesterins hingewiesen, das im Durchschnitt fast doppelt so große Werte als beim Normalen aufweist.

Interessantes für das Gebiet der serologischen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bringt die Arbeit von *M. Fraenkel* (87). Er untersuchte mit der Auswertungsmethode Fälle von frischer unbehandelter Lues ohne objektiv nachweisbare Symptome von seiten des Nervensystems und fand in 5 von 15 Fällen positive Wa.-R. im Liquor, außerdem in einem Falle, bei dem, trotzdem der Primäraffekt schon drei Monate bestand, noch keine Sekundärerscheinungen aufgetreten waren. Von den fünf Wa.-positiven Fällen zeigten (soweit untersucht) drei Pleozytose, einer positive Phase I; von den negativen Fällen boten Pleozytose zwei, keiner positive Phase I. Die Wa.-R. war meist erst bei 0,3 Liquor oder höher positiv. Um nun zu zeigen, daß diese Befunde bei frischer Lues unsere Diagnostik nicht erschüttern, führt *F.* Beispiele dafür an, daß bei mehrere Jahre zurückliegender Lues sich positive Wa.-R. im Liquor nur dann findet, wenn ein syphilitischer oder metasyphilitischer Krankheitsprozeß des Zentralnervensystems vorliegt. Er bringt deshalb eine Reihe von Fällen, und zwar Pachymeningitis gummosa, Tumor cerebri, Meningitis tuberculosa und serosa, Sclerosis multiplex, Arteriosklerose, Alkoholismus, bei denen allen die serologische Untersuchung eine wichtige Stütze für die Diagnose war, die dann durch die Sektion bestätigt wurde. *F.* schließt mit den Feststellungen, daß die Verwendung größerer Liquorquantitäten nie unspezifische Hemmungen hervorrief, daß die Wa.-R. nicht an das Vorkommen von Globulinen geknüpft ist und daß man trotz positiver Blutreaktion berechtigt ist, eine luische Erkrankung des Zentralnervensystems auszuschließen, wenn die Wa.-R. im Liquor bis 1,0 negativ ausfällt. Mit der W.-R. in der Zerebrospinalflüssigkeit beschäftigt sich auch *Klieneberger* (140). Er schlägt vor, die Auswertung der Hemmungskörper des Liquor nicht durch steigende Dosen desselben, sondern durch fallende Komplementmenge durchzuführen. Durch Verwendung steigender Komplementmenge kann eine ähnliche Auswertung in Fällen, in denen der Liquor sehr hemmungskörperreich ist, vorgenommen werden. *Bisgaard* (31) sucht Beziehungen zwischen Eiweiß- und Wassermann-Reaktionen in der Zerebrospinalflüssigkeit der Paralytiker herzustellen. Er hat die Spinalflüssigkeit der Ammoniumsulfat- (halb gesättigt) und Salpetersäurereaktion unterworfen und sie serologisch untersucht und findet, daß die Stärke der Wassermann-Reaktion mit steigenden Ammoniumsulfatwerten zunimmt. Er schließt daraus, daß die Ammoniumsulfatreaktion in der Spinalflüssigkeit der Paralytiker einen gewissen Stoff enthält, der die hemmende Substanz der Wa.-R. in sich schließt. Die große Wichtigkeit der Untersuchung des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit in Fällen von isolierten Pupillenstörun-



gen bespricht *Dreyfus* (66 b). Er empfiehlt Anstellung der serologischen Reaktionen in Blut und Liquor, Untersuchung der Lumbalflüssigkeit auf Druck, Gesamteiweiß (*Nißl*), Phase I, Zellgehalt, ferner provokatorische Salvarsaninjektion und schließlich „Diagnose ex therapia" (Salvarsan-Quecksilberbehandlung über 6—8 Wochen, 5—6 g Salvarsan sowie 12—14 g Kalomel oder Hg-Salizylinjektionen). An der Hand einer Reihe von Typen sucht er die diagnostische und therapeutische Bedeutung dieser Methoden zu erhärten. — Die Vorteile der Auswertungsmethode des Liquor cerebrospinalis erörtert *Neue* (188). Er hat die Methode auch an eigenem Material versucht. Hervorgehoben sei, daß er auch bei Liquormengen von 2,0 g nie Eigenhemmung fand. Er führt eine Reihe interessanter Fälle an, in denen die Methode eine bedeutsame Rolle spielte, insofern, als sie bei negativem Ausfall eine luische Genese des bestehenden Leidens des Z. N. S. ausschließen ließ. Andererseits deckte die Reaktion bei negativer Blutreaktion durch positiven Befund bei höheren Liquorwerten das Bestehen einer luischen Erkrankung des Z. N. S. auf. N. modifizierte auch bei geringer zur Verfügung stehender Liquormenge die Methode so, daß er die Hälfte der steigenden Dosen der Spinalflüssigkeit anwandte und alle übrigen Reagenzien auf die Hälfte reduzierte. Er sieht einen besonderen Vorteil der Anwertungsmethode darin, daß nun auch der negative Ausfall der Wa.-R. im Liquor einen ähnlichen diagnostischen Wert beanspruchen kann wie der positive.

Kafka (133) geht an der Hand eines großen Materials eingehend auf die klinische und theoretische Bedeutung des Übertritts hammelblutlösender Normalambozeptoren in die Spinalflüssigkeit ein. Er weist die diagnostische Wichtigkeit der Reaktion für die Erkennung der Paralyse nach; ferner findet er u. a., daß es zu Schwankungen des Ambozeptor- und Komplementgehaltes im Liquor kommen kann, und zwar nicht immer parallel mit jenem im Blutserum; daß nach Entnahme größerer Liquormengen sich der erwähnte Gehalt nicht ändert, daß dieser durch medikamentöse Behandlung nicht beeinflußt wird, daß sich oft ein Parallelgehen der Reaktion mit den „vier Reaktionen" zeigt, daß das Blutserum der Paralytiker häufig Komplementverminderung bietet; als Ursache der Hämolysinreaktion nimmt er die spezifisch paralytische Gefäßerkrankung an. — Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis hat *Kafka* größere Untersuchungen angestellt (132). Sie beschäftigten sich mit dem versuchten Nachweise des autolytischen, diastatischen, lipolytischen, tryptischen und antitryptischen Fermentes und ergaben in der Hauptsache, daß auch der normale Liquor das diastatische, antitryptische und lipolytische Ferment enthalten kann, daß bei Erkrankungen des Zentralnervensystems die Fermentzahlen erhöht sind; hier steht die Paralyse an erster Stelle; bei Dementia praecox findet sich häufig eine Vermehrung des diastatischen, bei Lues cerebri eine solche des lipolytischen Fermentes. Verf. schließt aus seinen Befunden auf die größere Wahrscheinlichkeit der Liquorbildung durch Sekretion und auf dessen aktive Funktion und hält Fermentuntersuchungen des Liquors in vielen Fällen für diagnostisch, in einzelnen auch für prognostisch wertvoll. — Die Ergebnisse der physikalischen, chemischen, morphologischen und biologischen Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit faßt *Kafka* in einem größeren Sammelreferat (129) zusammen und bespricht eingehend die praktischen und theoretischen Konsequen-

zen derselben. *Kafkas* Arbeit über die Entstehung, Zirkulation und Funktion des Liquor cerebrospinalis (I. Teil) [130] wird im Zusammenhange mit dem II. Teile im nächsten Jahresbericht referiert.

b) Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters.

Spielmeyer (7) hat im Aschaffenburgschen Handbuch der Psychiatrie die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters bearbeitet. In den einleitenden Bemerkungen beleuchtet er die Beziehungen zwischen den regressiven Veränderungen an der Substanz des Gehirns bezw. des Zentralnervensystems überhaupt und denen an den Gefäßen. Die letztgenannten werden im allgemeinen der Atherosklerose eingeordnet. Die Veränderungen an der nervösen Substanz sind heute, im Gegensatze zu früheren Anschauungen, selbständige Erscheinungen und nicht sekundär aus den Gefäßveränderungen zu erklären. Kombinationen kommen freilich außerordentlich häufig vor, weil Nerven- und Gefäßsystem am häufigsten und frühesten Alterserscheinungen ausgesetzt sind. Die Veränderungen an beiden Systemen können der selbständige Ausdruck des Alters und voneinander unabhängig sein. Die pathologische Anatomie gibt die Hilfsmittel an die Hand, um die senile Demenz und die Arteriosklerose auseinanderzuhalten. Die gleiche Forderung, welche allerdings noch nicht erfüllt ist, ist an eine Reihe von Erkrankungsformen zu stellen, welche weder der arteriosklerotischen noch der senilen Seelenstörung beigerechnet werden können. In seiner systematischen Besprechung geht *Sp.* von den anatomisch festlegbaren Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters aus; von der einfachen senilen Demenz geht er zu atypischen Formen über, die sich nach Lokalisation, Intensität und Zeitdauer von der gewöhnlichen Form unterscheiden, er bespricht dann die arteriosklerotische Seelenstörung, dann die noch nicht scharf zu bestimmenden Hirnerkrankungen, welche wohl eigentliche Alterserkrankungen sind, aber in einzelnen Punkten von den gewöhnlichen senilen und arteriosklerotischen Prozessen abweichen, dann die Psychosen, deren anatomisches Substrat noch unbekannt ist, und als funktionelle Psychosen des Alters erscheinen.

Die senile Demenz: Gegenüber den beiden Anschauungen, daß es sich bei der senilen Demenz nur um eine quantitative Steigerung der physiologischen senilen Evolution handelt, die rascher und früher einsetzt als bei Gesunden, bezw. daß zu den gewöhnlichen Rückbildungserscheinungen am Nervengewebe noch spezielle Veränderungen hinzukommen, um das typische Bild der senilen Demenz zu erzeugen, neigt *Sp.* der erstgenannten Anschauung zu und motiviert diese Ansicht mit den Erfahrungen der pathologischen Anatomie. Prinzipielle Unterschiede zwischen dem normalen und krankhaften Senium bestehen weder klinisch noch anatomisch. Das Vorkommen und die Häufigkeit der *Redlich-Fischer*schen Plaques z. B. spricht nur für quantitative Veränderungen. Doch ist man der Möglichkeit einer anatomischen Diagnose der senilen Demenz bereits nahegekommen und stützt sich dabei vor allem auf das Vorhandensein von zahlreichen Plaques und der *Alzheimer*schen Fibrillenveränderungen. Eine eingehende klinische Schilderung der



senilen Demenzsymptome unterläßt *Sp.* — Die *Wernicke*sche Presbyophrenie betrachtet *Sp.* mit *Kraepelin* und andern nicht als eine spezifische Psychose der senilen Involution, sondern als eine Zustandsform der senilen Demenz. Die Erkrankungsformen mit Wahnbildungen und Depressionzuständen werden kurz erwähnt, ebenso die psychopathologischen Eigentümlichkeiten. — Als Hauptaufgabe der heutigen Forschung bezeichnet *Sp.* das Krankheitsbild auf Grund der anatomischen Befunde schärfer zu umgrenzen, besonders da in der Gruppe der senilen Verblödung wahrscheinlich verschiedene Krankheitsprozesse vereinigt sind. — Das Bestehen einer besonderen Krankheit, der presbyophrenischen Demenz auf Grund der *Fischer*schen Untersuchungen, erkennt *Sp.* nicht an. Er hält sie für eine gewöhnliche senile Demenz, denn Anhäufungen zahlreicher Drusen finden sich auch in Fällen, in denen eine vorwiegende Störung der Merkfähigkeit nicht zu konstatieren war. — Weiter diskutiert *Sp.* die Frage, ob einige eigenartige Krankheitsbilder, welche im Senium auftreten, der senilen Demenz zuzurechnen sind oder nicht. In erster Linie handelt es sich um deliriöse Formen. *Sp.* glaubt, daß diese Fragen nicht mit Sicherheit zu beantworten sind und noch der Aufklärung durch die Anatomie zu harren haben. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Delirien nach Kataraktoperationen und bei akut-paranoischen Zuständen. — Die Stellung der von *Binswanger* genannten „Dementia praesenilis“ ist noch unklar.

In differentialdiagnostischer Beziehung ist zunächst der Versuch zu machen, die Formen, welche durch eine selbständige Degeneration des nervösen Gewebes hervorgerufen, von denen zu trennen, welche die Folge einer arteriosklerotischen Erkrankung sind. Bei den Kombinationen mit Arteriosklerose hat die intellektuelle Schwäche mehr den Charakter des Herdförmigen. Die Erkrankung verläuft mehr schubweise als bei der einfachen senilen Demenz. — Gegenüber der Paralyse im Senium bestehen, abgesehen von den anatomischen und biologischen Symptomen, auch klinische Unterschiede. Diese erwähnt *Sp.* kurz. — Die Pupillensymptome der senil Dementen unterscheiden sich nur graduell, nicht prinzipiell von denen bei normalen Senilen. Einige Worte widmet *Sp.* auch der Differentialdiagnose zwischen der presbyophrenen Form der senilen Demenz und der *Korsakoff*schen Psychose. — In forensischer Beziehung kommen bei senil Dementen bekanntlich in erster Linie Sittlichkeitsdelikte an Kindern und Jugendlichen in Betracht.

Mit einer gewissen Vorsicht bezeichnet *Sp.* die umschriebene senile Hirnatrophie von *Pick* und die *Alzheimer*sche Krankheit als typische Formen der senilen Demenz; mit Vorsicht deswegen, weil noch nicht vollkommen die Beziehungen der letzteren Erkrankung zu den anatomischen Symptomen der senilen Demenz feststehen, bezüglich der ersteren noch unklar ist, ob nicht arteriosklerotische Veränderungen eine Rolle spielen. Die *Pick*sche zirkumskripte Hirnatrophie bringt in einem großen Teile der Fälle Herderscheinungen hervor, die auf eine Erkrankung des linken Schläfenlappens hinweisen. Es entsteht der „Schläfenlappensymptomenkomplex“. Die Fälle entsprechen im wesentlichen der transkortikalen sensorischen Aphasie *Wernicke*s. Seltener entstehen durch lokal verstärkte Hirnatrophien asymbolische und apraktische Symptome oder die von *Pick* als apperzeptive Blindheit bezeichnete Sehstörung. — Die neueren Ansichten gehen dahin, daß die



lokalisierte Atrophie des linken Schläfenlappens nicht auf eine funktionelle Vorzugsstellung dieses Gehirnteils zurückzuführen ist, sondern daß wohl die Blutversorgung des Schläfenlappens ausschlaggebende Bedeutung hat — mehrmals wurden in diesen Partien arteriosklerotische Gefäßveränderungen gefunden. — Bei der *Alzheimer*schen Krankheit handelt es sich um die langsame Entwicklung eines ungemein schweren geistigen Siechtums mit den verwaschenen Erscheinungen einer organischen Hirnerkrankung. Der Beginn der Krankheit liegt meist im Präsenium. Eine tiefe Verblödung tritt verhältnismäßig rasch ein; Herderscheinungen asymbolischer, aphasischer und apraktischer Art spielen vielfach herein. Anatomisch sind Fibrillenveränderungen und Plaques zu finden. Meist sind sie kombiniert, öfters fehlt die eine oder die andere. Klinisch liegt in der *Alzheimer*schen Krankheit ein eigenartiger Prozeß vor, der anatomisch der senilen Demenz nahesteht.

Das Kapitel über die arteriosklerotischen Seelenstörungen eröffnet *Sp.* mit einigen Bemerkungen über die ursächlichen Momente der Arteriosklerose. Alkohol und Tabak spielen eine große Rolle, natürlich auch die Lues und die Charakteranlage (abnorme gemütliche Inanspruchnahme usf.). Anatomisch unterscheidet *Sp.* zwei Hauptgruppen. Die erste ist hauptsächlich am Hirnstamme lokalisiert, die zweite in den Gefäßen der Hirnrinde und des Großhirnmarks. Von Wichtigkeit ist, daß nicht die groben Defekte und die Erweichungen, welche die Arteriosklerose setzt, von wesentlicher Bedeutung für die psychischen Störungen sind, sondern vielmehr die diffusen Anfälle und die herdförmigen narbigen Veränderungen und Verödungen. *Sp.* erwähnt kurz die Encephalitis subcorticalis chronica *Binswanger*s, die perivaskuläre Gliose und die senile Rindenverödung *Alzheimer*s.

Klinisch teilt *Sp.* die arteriosklerotischen Sehstörungen in zwei Hauptformen ein: die leichte und die schwere progrediente. Die leichte Form, welche ungefähr mit *Windscheids* nervöser Form der Arteriosklerose zusammenfällt, ist hauptsächlich durch Kopfschmerz, Schwindelgefühl und Gedächtnisschwäche charakterisiert. Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten und eigentümliche gemütliche Veränderungen der ganzen psychischen Persönlichkeit gehen nebeneinander her. Dabei bestehen natürlich körperliche Erscheinungen: Sensibilitätsstörungen, Symptome auf optischem und akustischem Gebiet. — Differentialdiagnostisch ist in erster Linie an beginnende Paralyse und Neurasthenie zu denken. — Die schwere fortschreitende Form zeigt in ihrem Beginn die Symptome der leichten; häufig aber tritt das Leiden von vornherein mit gröberen Erscheinungen zutage. Der weitere Verlauf ist dann vorwiegend ein schubweiser, mit mehr oder weniger deutlichen körperlichen Herdsymptomen. Auf psychischem Gebiet: erhöhte Ermüdbarkeit, Merkfähigkeitsstörung, Urteilsschwäche oft in der Form der Démence lacunaire; der Kern der Persönlichkeit bleibt lange erhalten. Recht charakteristisch ist das Schwankende an den Erscheinungen. Die Affektlage ist meist labil, vorherrschend ist häufig eine weinerliche Stimmung, hypochondrisches Wesen. Auf gemütlichem Gebiete nimmt Stumpfheit und Unregsamkeit Platz. Dauert die Erkrankung lange genug, d. h. führen interkurrente Zufälle nicht vorher den Tod herbei, so kann eine weitgehende allgemeine Verblödung eintreten. Von Bedeutung sind im Krankheits-



verlauf die „Anfälle", vom einfachen Schwindel beginnend bis zum groben hemiplegischen Insult. Die anatomische Grundlage des Leidens ist häufig erst im histologischen Bilde, nicht bereits makroskopisch zu erkennen.

In den im allgemeinen progredienten Verlauf der Krankheit können episodisch auftretende Erscheinungen eine bestimmte Färbung hineintragen. So vorübergehende Zustände von Verwirrtheit und Bewußtseinstrübungen deliriöser Art. Öfters treten paranoische oder melancholische Zustandsbilder in den Vordergrund. — Die arteriosklerotische Epilepsie findet ihr anatomisches Substrat oft in diffusen arteriosklerotischen Veränderungen, oft in der perivaskulären Gliose. Alkohol in der Anamnese scheint eine große Rolle zu spielen.

Alzheimer hat noch eine spezielle Form der Epilepsie abgetrennt, die sogenannte kardiovasale, welche bei Personen mit allgemeiner Atheromatose vorkommt. Eine gewisse abgrenzbare Sonderstellung nimmt die bereits erwähnte Encephalitis subcorticalis chronica *Binswangers* ein, die schon früh auffällige Partialdefekte zum Vorschein bringt. — *Sp.* bespricht kurz den allgemeinen Verlauf der arteriosklerotischen Seelenstörung, dann die Abgrenzung besonders gegenüber Neurasthenie und Paralyse, in letzterer Hinsicht unter besonderer Hervorhebung der serologischen Befunde. Was die Pupillen betrifft, so dürfte das *Argyll-Robertsonsche* Phänomen bei Arteriosklerose wohl nie voll ausgebildet vorkommen. Psychisch: Erhaltenbleiben wenigstens von Resten der Persönlichkeit. Auch im Hinblick auf die Hirnlues (schwierige Differentialdiagnose besonders bei der apoplektischen Form) wird häufig erst der serologische Befund Klarheit schaffen.

In der Bekämpfung der Arteriosklerose ist vor allem die Prophylaxe von der größten Bedeutung: Kampf gegen Syphilis und Alkohol. Die eigentliche Behandlung erstreckt sich auf diätetisch-physikalische und medikamentöse Maßnahmen.

Ein gesondertes Kapitel widmet *Sp.* einigen eigenartigen organischen Psychosen im beginnenden oder bestehenden Senium, die anatomisch weder in das Gebiet der senilen Demenz noch der Arteriosklerose hinein gehören.

Als erste erwähnt er eine lokalisierte schwere Rindenatrophie mit auffälliger massiger Gliawucherung. Auch klinisch bestehen Differenzen gegenüber seniler und arteriosklerotischer Seelenstörung.

Beginn mit 60. Lebensjahr, allmählich fortschreitende geistige Schwäche, Charakterveränderung; Erinnerung gut, Merkfähigkeit schlecht. Dauer des Prozesses 4 bis 5 Jahre. Anatomisch keine arteriosklerotischen Befunde, auch keine Plaques und Fibrillenveränderungen wie bei seniler Demenz; dagegen waren die Rindenzellen besonders des Stirnhirns aufs schwerste geschädigt, die Glia in den oberen und tieferen Rindenpartien stellenweise exzessiv gewuchert. Es steht noch nicht fest, ob diese Erkrankung ausschließlich im Greisenalter vorkommt. Das untersuchte Material ist noch sehr klein — wie auch bei einer zweiten Gruppe, die mit neurologischen Erscheinungen einhergeht. Beginn in den 60er Jahren; Sprachstörung bulbären Charakters; sprachliche Stereotypien. Bei einem Kranken mit abgeschwächten Reflexen Beginn der Erkrankung mit einem Korsakow-ähnlichen Komplex. Rasches Fortschreiten der Verblödung. Endzustand nach 3 bis 4 Jahren. Anatomisch: Sklerosierung der Rindenzellen, Verarmung des Markfasergehalts



der Rinde. Einzelne Kernabschnitte der Oblongata und im Rückenmark verändert. Der eine Fall lehrte auch, daß einer spastischen Paraplegie auch eine Rindenerkrankung oberhalb des eigentlichen motorischen Projektionssystems zugrunde liegen kann.

Von den durch *Kraepelin* unter „präseniles Irresein" zusammengefaßten Psychosen hofft *Sp.*, daß sie später vielleicht als eigenartige „anatomisch charakterisierbare Erkrankungen" umschrieben werden können. Anatomische Befunde liegen nach den Arbeiten von *Nißl* und *Alzheimer* bereits vor.

In einem letzten Abschnitte bespricht *Sp.* die funktionellen Psychosen des höheren Lebensalters. Diese gehören eigentlich nicht in den Rahmen dieses Referats, sollen aber der Vollständigkeit halber kurz aufgeführt werden. In erster Linie handelt es sich um die vielumstrittene Melancholiefrage. *Sp.* referiert über die wichtigen einschlägigen Arbeiten, welche diese Fragen behandeln (*Kraepelin*, *Thalbitzer*, *Dreyfus*, *Berger*, *Specht* usf.), ziemlich eingehend. Die alte *Kraepelin*sche Melancholie erscheint heute den meisten Autoren als manisch-depressiver Mischzustand. Kurze Worte nur widmet *Sp.* dem depressiven Wahnsinn, der depressiven klimakteriellen Erregung *Gaupp*s und dem präsenilen Beeinträchtigungswahn.

Ladame (145) bespricht im Anschluß an einen Fall von Encephalitis subcorticalis chronica die Arteriosklerose des Gehirns im allgemeinen. Ätiologisch hält er die in Deutschland nicht anerkannte Bedeutung der arthritischen Diathese nach dem Vorgange von *Klippel* für sehr groß. Bei Besprechung der körperlichen Symptome betont *L.*, daß ein voll ausgesprochenes *Argyll-Robertson*sches Phänomen Arteriosklerose ausschließt. Er teilt die arteriosklerotische Seelenstörung in zwei Gruppen ein, die eine mit großen, die andere mit vielen kleinen Herden. Die zweite zerfällt noch in eine Form mit dem Sitze der Veränderungen vor allem in der Rinde, in eine zweite mit hauptsächlich subkortikalen Herden und in eine dritte, welche eine Mischform darstellt Am Schluß seiner Arbeit stellt *L.* die diagnostischen und differentialdiagnostischen Punkte für Arteriosklerose, Paralyse, senile Demenz, Melancholie, präsenile Demenz, Epil psia tardiva, *Korsakow*sche Psychose und Presbyophrenie in einer Tabelle zusammen.

Bing (24) bespricht kurz die allgemein bekannten Symptome der zerebrospinalen Arteriosklerose. Bei der Schilderung des intermittierenden Hinkens hebt er hervor, daß auch ein vasomotorisches Krampfmoment mitspielt. Ferner erwähnt er die spinale Form der Claudicatio intermittens, bei welcher die vasomotorische Störung an den Extremitäten fehlt. Dafür bestehen mit dem Beginn des Hinkens: gesteigerte Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußklonus und zuweilen Babinsky. — Auch der Pseudobulbärparalyse und der senilen Inkontinenz (Homburger) widmet *B.* einige interessante Bemerkungen.

Raecke (208) gibt in seinem Referat eine alle wesentlichen Punkte berührende Übersicht über die heutigen Kenntnisse von den Frühsymptomen der arteriosklerotischen Gehirnerkrankung.

Pickenbach (202) bringt zwei kasuistische Beiträge zu dem Kapitel Arteriosklerose und Unfall.



Soukhanoff (240) faßt seine Ausführungen über die Involutionspsychosen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Obwohl es zwei Hauptformen von Geistesstörungen in der Periode der Involution gibt, zeigen die Beobachtungen gleichwohl, daß man einer ganzen Reihe von transitorischen und Mischformen begegnet, von denen die eine Gruppe von der andern nicht genügend abgegrenzt werden kann; im weiteren Verlaufe verwischen sich die Unterschiede zwischen ihnen immer mehr und verschwinden schließlich. 2. Die postapoplektische Demenz steht in ihrem klinischen Bilde bald der arteriosklerotischen, bald der senilen Demenz nahe. 3. Die *Wernicke*sche Presbyophrenie nähert sich in ihrem Charakter sehr der arteriosklerotischen Demenz, auf der andern Seite kann sie in bestimmten Fällen von der senilen Demenz nicht abgegrenzt werden. 4. Die psychopathologischen Bilder, welche sich akut im Präsenium entwickeln, können allein zu den Geistesstörungen der Involutionsperiode in naher Beziehung stehen. 5. Es gibt keine umschriebene Involutionspsychose, in deren Rahmen die Dementia senilis, die postapoplektische Demenz und die Presbyophrenie *Wernickes* hineinpaßt.

Auch *Fuller* (91 und 92) beschäftigt sich in zwei Arbeiten mit der *Alzheimer*schen Krankheit. Er glaubt, daß sie eine gewisse Sonderstellung einnehme, daß sie aber im wesentlichen den Veränderungen bei seniler Demenz nahestehe. Eine Beziehung zur Arteriosklerose lehnt er ab

c) Hirntumoren.

Cordes (51) berichtet über einen Fall aus der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Dresden. Es handelt sich bei diesem um einen Schläfentumor, bei dem die psychischen Krankheitserscheinungen so wesentlich im Vordergrundes standen, daß sie leicht zu einer Fehldiagnose im Sinne einer Psychose hätten Veranlassung geben können, welche indes praktisch von keiner Bedeutung gewesen wäre, da das Fehlen sämtlicher Herdsymptome die Feststellung des Tumorsitzes zwecks Operation in vivo unmöglich machte.

Verf. glaubt den Fall mitteilen zu sollen, da Tumoren mit psychischen Krankheitserscheinungen, die im Bilde einer manieartigen Störung verlaufen, verhältnismäßig selten beschrieben sind und der Begriff der psychischen Störungen bei Hirntumoren wohl auch nur an der Hand zahlreicher Fälle allmählich geklärt und festgelegt werden kann. (Autoreferat.)

Im ersten Kapitel seiner Arbeit über „Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen" im *Aschaffenburg*schen Handbuch der Psychiatrie behandelt *Redlich* (6) die Hirntumoren. Bei Besprechung der Symptomatologie betont er die wesentlichen klinischen Erscheinungen: Benommenheit, Verlangsamung und Erschwerung der intellektuellen Leistungen, die erhöhte Ermüdbarkeit und die Schlafzustände. Selten sind die von französischen Autoren beobachteten Crises ambulatoires und Fugues. Außerordentlich häufig sind Störungen des Gedächtnisses, besonders der Merkfähigkeit. Symptomatologisch erscheint häufig das Bild des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes. Manchmal kombinieren sich diese Symptome noch mit Benommenheit, deliranten Zuständen und Halluzinationen. Erstaunlich ist häufig die auffällige



Kritiklosigkeit dem eigenen Zustande gegenüber, die, wie z. B. der Mangel der Wahrnehmung der eigenen Blindheit, aus dem ganzen eigentümlichen Zustande der psychischen Verfassung sich erklärt.

Affektstörungen liegen bei Tumoren fast immer vor. Im Vordergrunde stehen recht oft neurasthenisch-hypochondrische Züge, ein eigentümliches Gepräge verleihen hysterische Einschläge, Euphorie ist nicht selten. Die sogenannte Witzelsucht ist ein lange bekanntes Symptom. Kindisches und läppisches Verhalten charakterisiert die Moria. — Eine differentialdiagnostische Bedeutung bezüglich des Sitzes der Geschwulst ist der Witzelsucht nicht beizumessen.

Charakterveränderungen sind häufig beobachtete Erscheinungen (Einschränkungen des Interessenkreises, Schamlosigkeiten; auch Trieb- und Zwangshandlungen). Apathie ist äußerst häufig. Seltener treten deutlich angebrachte Affektpsychosen bei Hirngeschwülsten in Erscheinung. Manische Bilder sind am seltensten.

Delirante Zustände mit und ohne Halluzinationen sind vielfach beschrieben, gelegentlich auch dementiaartige Zustände im Beginn der Erkrankung. Ferner wird der katatonen Zustandsbilder und paranoiaähnlichen Krankheitserscheinungen gedacht.

Einer bestimmten Lokalisation von Hirntumoren entsprechen durchaus nicht bestimmte psychische Störungen. Die Lehre *Flechsig*s bezüglich der Assoziationszentren im engeren Sinne läßt sich auf die Hirngeschwülste nicht anwenden. Feststehen dürfte, daß Stirntumoren sehr häufig, oft auch sehr früh psychische Störungen verursachen. Moriaartige Zustände, Stimmungsanomalien scheinen eine bedeutende Rolle zu spielen. Seltener als bei Stirnhirntumoren sind psychische Störungen bei solchen anderer Regionen des Großhirns und der Zentralganglien. Bei Geschwülsten des Hinterhauptlappens sind Gesichtshalluzinationen relativ häufig.

So gut wie immer bestehen weitgehende Geistesstörungen bei den Tumoren des Balkens, der, als das wichtigste Kommissurensystem, von größter Wichtigkeit für das Handeln usw. ist. Es lassen sich auch gewisse lokaldiagnostische Momente, die für eine besondere Beteiligung der vorderen oder hinteren Balkenhälfte sprechen, anführen. Tumoren des Kleinhirns und Kleinhirnbrückenwinkels ziehen die Psyche nur selten in Mitleidenschaft; ebensowenig die des Pons, der Hirnschenkel und der Medulla oblongata. Anders bei den Hypophysentumoren, die, ob sie nun mit Akromegalie vergesellschaftet sind oder nicht, häufig Stimmungsanomalien, Reizbarkeit, Benommenheit, allgemeine intellektuelle und gemütliche Schädigungen nach sich ziehen. Multiple und diffuse Tumoren, besonders die Karzinose des Gehirns, führen ebenfalls zu psychischen Symptomen.

Die *Recklinghausen*sche Krankheit befällt anscheinend von vornherein Minderwertige. — Die Cysticercosis cerebri verläuft oft lange unter den Erscheinungen einer gewöhnlichen *Jackson*schen Epilepsie.

Im Hinblick auf Vorkommen und Pathogenese betont *R.*, daß die psychischen Störungen vom Hirntumor selbst abhängig sind, also eine Folgewirkung darstellen; in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle von Psychosen bei Hirntumoren ist weder eine angeborene noch eine erworbene Disposition zu Geisteskrankheiten nachweisbar.



Für die psychischen Erscheinungen dürfte im allgemeinen die dauernde Druckwirkung verantwortlich zu machen sein (Hirnanämie, Störungen der Lymphzirkulation, Ödem, histologische Schädigungen dei Hirnrinde), in zweiter Linie die oft auch bei kleinen Tumoren nachweisbar akute Hirnschwellung, nach der Meinung mancher Autoren auch der Einfluß toxischer, vom Tumor gelieferter Produkte.

In den beiden letzten Kapiteln bespricht *R.* auch die Diagnosestellung und die Therapie.

Anton (3) berichtet nach einer kurzen Einleitung über diejenigen Gehirnerkrankungen, welche die zweckmäßige Regulierung des Gehirndrucks erheblich beeinträchtigen, über die Resultate der von ihm und *Bramann* vorgenommenen Hirnpunktionen. Der Zweck derselben ist, eine lange dauernde Kommunikation zwischen den Ventrikeln und dem ganzen Subduralraum herzustellen. Dadurch wird ein Druckausgleich und die Möglichkeit einer Resorption bis hinunter in die Nervenscheiden erreicht.

Unter 50 punktierten Fällen wurde in 19 die Stauungsneuritis des Opticus günstig beeinflußt. In 31 Fällen wurde der Kopfschmerz für lange Zeit beseitigt. In 27 Fällen nahm Erbrechen und Schwindel ab. Auch Benommenheit und Koma wurden gebessert (in 26 Fällen).

Pfeifer (198) berichtet über 36 Fälle, bei welchen zu diagnostischen bezw. therapeutischen Zwecken Hirnpunktionen vorgenommen wurden. 5 Fälle wurden auf Grund des positiven Resultates der Punktion operiert. Zweimal handelte es sich um Gliome, zweimal um Endotheliome und einmal um ein Cholesteatom. Zweimal war eine vollständige Entfernung der Tumoren möglich. In beiden Fällen aber trat nach einiger Zeit der Exitus ein, da die Hirnventrikel weit geöffnet werden mußten, woran sich eine eitrige Meningitis, wie dies häufig der Fall ist, anschloß. In den andern drei Fällen konnten die Tumoren nicht vollständig entfernt werden. — In fünf weiteren Fällen konnte durch die Punktion eine genaue Diagnose festgestellt werden, doch kamen sie nach der erkannten Sachlage nicht zur Operation (Karzinomatose, Melanom usw.). — Bei einer dritten Gruppe von fünf Fällen gelang es zwar nicht, den genauen Sitz der Geschwulst nachzuweisen, doch war die Punktion insofern von Wert, als sie ergab, daß die Fälle für eine Operation ungünstig lagen. — *Pf.* punktierte weitere drei Fälle von *Jackson*scher Epilepsie. Eine genauere Aufklärung der Natur der Erkrankung brachte sie nicht — Schließlich berichtet *Pf.* über 18 Fälle, die nach der Punktion weder zur Operation noch zur Sektion kamen. Ungünstige Einflüsse der Punktion zeigten sich nie. Dagegen besserten sich in mehreren Fällen die Hirndrucksymptome. — In einem Schlußkapitel erörtert *Pf.* einige allgemeine und technische Fragen.

Velebil (258) teilt den Fall eines 9 jährigen Mädchens mit. Es bestanden bei ihm im wesentlichen folgende Symptome: Herzklopfen, Kopfschmerzen, Tremor der Hände und Füße; Apathie, Schlafsucht; rechtseitige Facialisparese, motorische Ataxie der r. ob. Extremität, Hypotonie der r. Extremitäten; Gang ataktisch; beiderseits Stauungspapille, später Opticusatrophie und Amaurose; Ptosis rechts; Pupillen reagieren anfangs träge, später sind sie starr. Somnolenz, Incontinentia urinae; außerordentliche Gewichtsabnahme; unmotiviertes Lachen; Anfälle von



tetanischen Krämpfen der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur; Verschlucken. — Die Sektion ergab einen Solitärtuberkel des Kleinhirns (Wurm und rechte Hemisphäre), isolierte Knoten im rechten Frontallappen und ein kleines Knötchen in der Rinde des linken Gyrus hippocampi, Dilatation der Ventrikel.

Volland (263) berichtet über folgende Fälle:

1. Knabe, seit dem 2. Jahre epileptische Anfälle, Lähmung des r. Armes. Geistig zurück. Körperlich: ausgebreitete Teleangiektasien von der linken Oberlippe bis zur Scheitelhöhe. — Die epileptischen Anfälle nahmen später *Jackson*schen Typ (rechts) an. — Die Sektion ergab zahlreiche Gefäßneubildungen der linken Pia, am stärksten im Occipital-Frontalpol und der Gegend der Art. fossae Sylvii, demnach die Gebiete der Art. cerebr. ant., fossae Sylvii und cerebr. post. betreffend; die Ektasie betraf in erster Linie Kapillaren, dann Venen und Arterien — Ammonshornsklerose links; da, wo die Pia verändert war, hochgradige Randgliose, degenerative Prozesse an den Ganglienzellen, starke Kalkeinlagerungen in der Rinden- und Marksubstanz usf. Es handelt sich um Teleangiektasien mit venöser Rankomangiombildung. Diese sind echte Angiome. Klinisch machen sie sich besonders durch epileptische Anfälle bemerkbar, was um so erklärlicher ist, als diese Neubildungen gern im Bereich der Zentralwindungen und ihrer Nachbarschaft liegen.

2. 26 jähriger Mann. Seit dem 3. Jahre halbseitige Lähmung. Im 12. Jahre zum ersten Mal epileptische Anfälle. In der Jugend bestanden zwei Blutadergeschwülste am l. Vorderarm. Bei der Sektion: zwei große kavernöse Angiome beiderseits im Stirnhirn (Ausbreitung durch Zerstörung, nicht durch Verdrängung). Die Mehrzahl der Autoren faßt das multiple Auftreten von Angiokavernomen nicht als eine primäre Multiplizität, sondern als Metastasenbildung auf.

Goldstein (100) teilt fünf Fälle von Zystizerkose des Gehirns und Rückenmarks vom klinischen und anatomischen Standpunkte aus mit. Der erste Fall war durch Symptome, die an Paralysis agitans erinnerten, bemerkenswert; beim zweiten fand sich die Kombination zwischen *Korsakow*scher Psychose mit Stauungspapille und neuritischen Störungen; auch der dritte Fall wies den *Korsakow*schen Symptomenkomplex auf. Im vierten Falle bestanden Symptome, die für einen Hypophysentumor oder eine Meningitis serosa sprachen; im 5. Falle war die träge Pupillenreaktion bemerkenswert, und es bestand, wie im 4. Falle, Glykosurie. In drei Fällen zeigte der Liquorbefund deutliche Pleozytose und positive Phase I.

Henneberg (112) beschreibt einen Fall von basaler Zystizerkenmeningitis mit Erkrankung der Häute des Rückenmarks und pluriradikulärer Hinterstrangsdegeneration, dessen eingehende klinische und anatomische Durcharbeitung viele interessante Einzelheiten, besonders in bezug auf die absteigenden Hinterstrangbündel bietet.

Noehte (191) schlägt an der Hand eines Falles vor, bei bösartigen Neubildungen des Gehirns einen therapeutischen Versuch mit Salvarsan zu machen.

Jooss (127) berichtet über einen mit Salvarsan behandelten Fall von Angiosarkom. Wie andere Autoren glaubt *J.*, daß das Salvarsan eine verflüssigende Wirkung auf maligne Tumoren, besonders auf Sarkome ausübt. Dieser Einfluß, Hand



in Hand gehend mit einer stärkeren Durchblutung, kann eine schwere Hirnschwellung veranlassen, die ihrerseits außerordentlich gefährlich werden kann.

d) Psychosen bei Herderkrankungen.

In einem von *d'Hollander* (117 b) mitgeteilten Falle bestand längere Zeit eine motorische Aphasie, die allmählich in eine totale überging; zudem bestand eine voll ausgesprochene Asymbolie. Körperlich war nachweisbar: Pupillendifferenz; Fußklonus; totale Analgesie — außerdem unmotiviertes Lachen und Weinen. Die Autopsie ergab: gespannte und verdickte Dura, Ödem der Pia, Hydrocephalus externus. Die linke Hemisphäre ist wesentlich kleiner als die rechte, bedeutende Erweiterung der Ventrikel, beträchtlicher Hydrocephalus internus. — Das Corpus callosum ist atrophiert; eine Reihe weiterer Befunde liegt an der Substanz des Gehirns, der Gefäße und der Nerven vor. *d'H.* schließt aus der Beobachtung, daß auch diffuse zerebrale Läsionen Herderscheinungen machen können. Auf den bestehenden starken Hydrozephalus hatte kein Symptom hingewiesen. Die Lach- und Weinkrisen führt *d'H.* auf Kompression des Thalamus zurück.

In einer weiteren Arbeit beschäftigt sich *d'Hollander* (118) mit der Frage der Apraxie. — Seine Überlegungen kommen zu folgendem Resultate: Das Feld der Bildung der kinetischen Formel erstreckt sich auf das vordere und auf das hintere große Assoziationszentrum *Flechsigs*. Die Eupraxie fordert die Tätigkeit des linken Sensomotoriums. Die Überlegenheit der linken Hemisphäre über das rechte Sensomotorium wird ausgeübt auf dem Wege: Corpus callosum — rechtes Frontalhirn. Der rechte Lobus frontalis enthält den Vermittlungsweg zwischen dem Corpus callosum und dem rechten Sensomotorium wenigstens für die etwas komplizierteren Handlungen. Die Trennung des frontoparietalen Feldes vom linken Sensomotorium verursacht die motorische Apraxie. Um eine beiderseitige motorische Apraxie hervorzurufen, ist eine mehr oder weniger vollständige Isolierung des linken Sensomotoriums von den parietalen und frontalen Sphären nötig. Eine weniger ausgesprochene Isolierung wird nur eine beiderseitige Dyspraxie bewirken und, bei einem noch geringeren Grad, eine rechtsseitige Dyspraxie. In einer dritten Arbeit (117 a) vertritt *d'Hollander* dieselben Ansichten.

Goldstein (98) bespricht im Anschluß an eine Reihe früherer Arbeiten seine Ansichten über das zentrale Sprachfeld. Der theoretischen Ableitung der zentralen Aphasie folgen einige anatomische Bemerkungen, in denen dargetan wird, daß mit großer Wahrscheinlichkeit das zentrale Sprachfeld in die Inselrinde zu verlegen ist.

Pelz (196) faßt seine Arbeit über die Lehre von der transkortikalen Aphasie folgendermaßen zusammen:

1. „Die transkortikale Symptomkomponente ist nicht nur durch die Dissoziation zwischen Spontan- und Nachsprechen charakterisiert, sondern vor allem durch die Störung des geordneten Zusammenhangs der spontanen Rede und durch die Störung des Verständnisses für längere Reihen. 2. Die transkortikale Symptomkomponente braucht nicht durch einen greifbaren, anatomisch lokalisierbaren Krankheitsprozeß verursacht zu sein; sie kann auch zustande kommen durch allgemeine Störungen der Hirnfunktion; psychologisch entspricht diesen dann aber

die Störung bestimmter Komplexfunktionen. 3. Die sogenannten transkortikalen Aphasien sind mannigfaltige Mischungen der transkortikalen Symptomkomponente (verschiedenen Grades) und weiteren aphasischen, agnostischen und andern Symptomen.

Gierlich (96) nimmt an, daß es bei der infantilen hemiplegischen Lähmung die subkortikalen motorischen Zentren sind, von denen in erster Linie die Innervationsimpulse für die restierenden Bewegungen, speziell der großen proximalen Gelenke, ausgehen.

Sittig (240 a) schildert das anatomische Bild eines destruktiven Prozesses bei Tuberkulose, der zu herdförmigem Parenchymausfall im Gehirn mit Körnchenzellenbildung und Gliawucherung geführt hat. Der Prozeß hat große Ähnlichkeit mit dem gewöhnlich als akute, nicht eitrige Enzephalitis bezeichneten Vorgang, unterscheidet sich aber von ihm durch das Fehlen jeder entzündlichen vaskulären Reaktion.

In seinen „Hirnpathologischen Beiträgen" bemerkt *Schaffer* (226) über die Pseudobulbärparalyse: Es gibt Fälle von Pseudobulbärparalyse, die scheinbar durch einen einzigen Schlaganfall ausgelöst werden. Oft dürfte ein sogenannter präparatorischer Herd den Weg zur Pseudobulbärparalyse geebnet haben. — Das sogenannte spastische Lachen kann als Lachanfall (Äquivalent einer organischen Affektion — Thalamusreizung) oder als psychoreflektorischer Affektausbruch (durch Außenreiz) in Erscheinung treten. — Die multiplen Anfälle zeigen sich, abgesehen von den typischen apoplektischen, als anfallsweises Erbrechen, als Schlaganfälle und als Erregungs- bezw. Lachanfälle. — Anatomisch basiert die Pseudobulbärparalyse auf Arteriosklerose. Es zeigen sich perivaskuläre ringförmige Gliosen und Erweichungen infolge von Gefäßobliterationen. — Auf Grund eines einseitigen Parietalherdes kann dauernde Blicklähmung, kombiniert mit permanenter Abweichung des Kopfes, vorkommen. — Die Hemianopsie gibt keine unmittelbare Veranlassung zu dauernder Blicklähmung.

In einem zweiten Kapitel über Hemiplegie, Hemianästhesie und Hemianopsie, welche durch subinsuläre Blutungen und temporo-parietale Erweichung verursacht waren, liefert *Sch.* eine Reihe von Beiträgen zur Anatomie der zentralen Sehbahnen.

In einem umfangreichen Sammelreferat unterzieht *Kehrer* (138) an der Hand der Arbeiten der letzten zehn Jahre die herdförmigen Erscheinungen im Rahmen der anerkannten psychiatrischen Krankheitsgruppen und die Eigenart der psychischen Veränderungen nach Herdprozessen des Gehirns der Besprechung.

In dem Falle von *Landsbergen* (148) handelt es sich um Heterotopie und Verkümmerung des Balkens. Außerdem bestanden ausgebreitete entzündliche Veränderungen im übrigen Gehirn (rechtsseitig Hydrozephalus, Ependymwucherungen, Piaverdickung). *L.* hält die Entwicklungsstörungen im Balken, wie die andern Veränderungen als die Folgen der nämlichen krankmachenden Ursache, die in dem beschriebenen Falle nicht eruierbar war. Da aphasische und apraktische Störungen bestanden, ohne daß anatomisch Veränderungen an den korrespondierenden Hirnteilen gefunden werden konnten, schließt *L.*, daß das anatomisch mißgebildete

Gehirn sich vom gesunden durch andere Lokalisation der Rindenleistungen unterscheiden kann.

Im *Aschaffenburg*schen Handbuch bespricht *Redlich* (6) unter den Psychosen bei Hirnerkrankungen den Gehirnabszeß und die Sinusthrombose nur ganz kurz; etwas eingehender die *Huntington*sche Chorea.

Unter dem Kapitel Herderkrankungen sei auch kurz über die Ausführungen *R.*s bezüglich der Blutungen und Erweichungen referiert, da, wenn auch wohl stets diffuse arteriosklerotische oder sonstige Veränderungen im Gehirn bestehen, doch sehr oft erst nach einem apoplektischen Insult psychische Störungen in Erscheinung treten. *R.* weist auf die intellektuellen und affektiven Störungen hin, auf die Charakterveränderungen usf. Interessant ist die öfters beobachtete Erscheinung, daß bei beiderseitiger ausgedehnter Erweichung am Occipitalhirn das Blindsein nicht wahrgenommen wird.

Das ziemlich umfangreiche Sammelreferat von *Rosental* (221) bringt eine kritische Würdigung der Arbeiten über das Gebiet der Hemiplegien ohne anatomischen Befund. Aus den bis heute gesammelten Erfahrungen geht nach *R.* hervor, daß man beim Fehlen makroskopischer Herdbefunde nach einer Hemiplegie nicht berechtigt ist, eine toxische Herdwirkung ohne nachweisbare anatomische Veränderungen anzunehmen. Die zur Entstehung einer Halbseitenlähmung notwendige Schädigung der entsprechenden motorischen Punkte im Gehirn kann durch verschiedenartige pathologische Vorgänge bedingt sein, die häufig keine makroskopischen Bilder zu liefern brauchen, aber meistens durch eine zweckentsprechende histologische Untersuchung nachgewiesen werden können. Wenn aber diffuse Hirnveränderungen vorliegen, deren Intensitätsunterschiede in beiden Hemisphären schwierig zu beurteilen sind, so gelingt es unter Umständen nicht, das unilaterale Auftreten der Ausfallserscheinungen durch einen charakteristischen Befund aufzuklären.

Gurko (104) beschäftigte sich mit der in der letzten Zeit im Zusammenhang mit den Erörterungen über das Wesen der Aphasie aktuell gewordenen Frage über den Geisteszustand der Hemiplegiker. Die Ergebnisse der Versuche fielen bei den Hemiplegien mit Läsionen der inneren Kapsel anders als bei Hemiplegien mit Rindenläsionen aus. Beim Zählen, bei der Auswahl geometrischer Figuren, beim Rechnen mit kleinen Zahlen sowie bei der Reproduktion von Abbildungen nach undeutlichen Umrissen erwies sich die geistige Arbeit bei kapsulärer Hemiplegie nur verlangsamt im Vergleich zur gleichen Tätigkeit gesunder Personen. Die Beobachtungsfähigkeit und die Fähigkeit, eine Synthese der Teile eines Gegenstandes zu einem Ganzen zu vollziehen, war allerdings deutlich herabgesetzt. Bei Hemiplegien mit Rindenläsionen war jedoch eine viel ausgesprochenere Herabsetzung dieser Fähigkeiten und ein höherer Grad der Verlangsamung der geistigen Arbeit festzustellen. Bei den Kranken beider Kategorien waren die für freie Assoziationen der Hemiplegiker erforderlichen Zeiten größer als bei Gesunden. Doch standen die Assoziationen der Hemiplegiker mit Kapselläsionen in bezug auf Mannigfaltigkeit und Inhaltstiefe denen der gesunden Versuchspersonen keineswegs nach, während sich die Assoziationsfähigkeit der Hemiplegiker mit Rindenläsionen als



erabgesetzt erwiesen hat. Es bestand bei ihnen die Neigung, das Reizwort ganz nverändert oder in wenig veränderter Form zu wiederholen. Die Fähigkeit, sich ı der Arbeit einzuüben und sich neuen Arbeitsbedingungen anzupassen, war bei eiden Kategorien herabgesetzt, doch war die Ermüdbarkeit der Hemiplegiker mit lindenläsionen eine viel größere als bei den Kranken der andern Kategorie. Nur n einer Beziehung zeigten die Kranken mit Kapselläsionen größere Defekte als die ndern: bei assoziativ-synthetischer Tätigkeit (Zusammenstellen von Teilen mehrerer erschiedener Gegenstände nach Tafeln von *v. Bechterew* und *Wladitschko*) tanden sie in bezug auf die Geschwindigkeit der Leistungen an letzter Stelle.

(*Fleischmann*-Kiew).

In dem Falle von *O. Fischer* (80) handelte es sich um Erscheinungen, die ußerordentlich der bei der *Wernicke*schen Polioencephalitis haemorrh. beschriebe-ıen entsprachen; doch war Alkoholismus in der Ätiologie auszuschließen. Oph-thalmoplegie und Kleinhirnataxie waren durch Blutungen in der Gegend der Kern-region des Oculomotorius bezw. in den Bindearmen erklärt. Schwindel, Astasie, Abasie, und Adiadokokinesis stellten Kleinhirnsymptome dar. Neu ist die beobachtete Abhängigkeit der Gesichtsmuskulatur von der Kleinhirntätigkeit ganz im Sinne der Adiadokokinesis. In einer gleichen Beziehung zum Kleinhirn stand die eigen-tümliche Sprachstörung, die hauptsächlich im Mangel des geordneten Zusammen-wirkens der Muskeln und ihrer raschen und abwechselnden Innervation bestand. Die spezifische Störung der Schrift faßt *F.* als eine Unterart der zerebellaren Adia-dokokinesis auf. — Der Fall besserte sich weitgehend.

e) Psychosen bei diffusen Gehirnerkrankungen.

Allgemeine Untersuchungen über organische Veränderungen des Gehirns.

Hudovernig (121) begründet an der Hand einer Reihe von Krankengeschich-ten, daß im ersten Beginn irgendeiner organischen Erkrankung des Zentralnerven-systems, zu einer Zeit, da objektiv erkennbare Zeichen der organischen Natur des Leidens noch nicht erkennbar sind, häufig nervöse oder hysterische Symptome bestehen, die mit dem Manifest-werden des organischen Charakters immer mehr wieder zurücktreten. Die prodromalen hysterischen Erscheinungen fanden sich vor allem bei Dementia praecox, der multiplen Sklerose, doch auch bei andern organischen Nervenkrankheiten. *H.* betrachtet die nervösen und hysterischen Symptome als eine inadäquate Reaktion auf die einwirkenden Reize der beginnenden organischen Veränderungen.

Schilder (228) liefert einen ausführlichen Beitrag zur Klinik und Anatomie der diffusen Sklerose. Er faßt seine Befunde folgendermaßen zusammen: Es gibt im Kindesalter eine diffuse Erkrankung des Hemisphärenmarkes, die man auf Grund eines charakteristischen makro- und mikroskopischen Hirnbefundes als Krankheit eigener Art aufzufassen berechtigt ist. Das klinische Bild ist sehr wech-selnd. Die Erkrankung verläuft bald unter dem Bilde eines Hirntumors, bald unter dem einer multiplen Sklerose, bald unter dem einer diffusen Sklerose *Heub-*



ners. Man wird das Entstehen dieser Erkrankung dann vermuten, wenn Symptome zwingend auf eine ausgedehnte Läsion beider Hemisphären hinweisen. Rasch verlaufende Fälle von dei Symptomatologie der multiplen Sklerose bei jugendlichen Patienten werden gleichfalls an unsere Krankheit denken lassen. Die Krankheit ist eine tödliche und neigt nur wenig zu Remissionen. Die Erkrankung steht pathogenetisch der multiplen Sklerose, besonders den akuten Formen, nahe. Auch für sie muß Toxinwirkung angenommen werden. Zu der Pseudosklerose, der tuberösen Sklerose und zu einer Anzahl der Fälle von sogenannter diffuser Sklerose hat sie keine Beziehung. Die Ätiologie ist noch ungeklärt. Wahrscheinlich begünstigen endogene Faktoren die Entstehung.

Sch. schlägt für die Erkrankung den Namen Encephalitis periaxialis diffusa vor.

Redlich (6) bespricht die psychischen Störungen bei den verschiedenen Meningitisformen. — Die tuberkulöse Meningitis ist in psychiatrischen Kliniken auffallend häufig (in Wien: 16,6% aller Meningitiden). Die Männer überwiegen, vielleicht durch den schädlichen Einfluß des Alkohols. Typische Störungen sind schon im Prodromalstadium häufig, dann treten Schwerbesinnlichkeit und Benommenheit hervor, im weiteren Verlauf steigert sich die Benommenheit zum Sopor. Öfters treten die psychischen Störungen in abweichender Form auf, manchmal schon vor Manifest-werden somatischer und nervöser Symptome. Das Bild der Meningitis tuberculosa kann bei Alkoholikern dem des Delirium tremens sehr ähnlich werden, auch korsakowähnliche Zustände wurden beobachtet. Gelegentlich kommen schwere, melancholisch-hypochondrische Verstimmungen vor. Nicht allzu selten sind Remissionen. Sehr selten sind Fälle rapidesten Verlaufs, die lange Zeit latent, innerhalb 24—48 Stunden zum Exitus führen. Diagnostisch: Fieber, Druckempfindlichkeit der Bulbi, Kopfschmerz, Neuritis optica, *Kernig*sches Symptom usw. — Bei der Lumbalpunktion fällt zartes, spinnengewebeartiges Gerinnsel aus Manchmal gelingt es, in diesem Falle Tuberkelbazillen nachzuweisen.

Eitrige Meningitiden (sekundäre, fortgeleitete Formen) führen sehr viel seltener als tuberkulöse zu deutlichen psychischen Störungen. Häufig tritt rasch Sopor und Koma auf, einzelne Fälle verlaufen geradezu apoplektiform. Delirante Züge finden sich besonders bei Beteiligung der Konvexitätsmeningen. Die Meningitis serosa führt nur äußerst selten zu psychotischen Symptomen. Der idiopathische Hydrocephalus internus kann ganz ohne geistige Störungen verlaufen.

Eingehend würdigt *R.* die psychischen Störungen bei der multiplen Sklerose. Solche können bereits den körperlichen Symptomen vorangehen; in der Regel treten sie aber erst in späteren Stadien der Erkrankung auf. Oft gehen sie den körperlichen Schwankungen des Leidens mehr oder weniger parallel. Für die Erklärung psychischer Störungen werden die Hirnrindenherde herangezogen. Diffuse Rindenveränderungen, leptomeningitische Prozesse, speziell Balkenherde werden verantwortlich gemacht. Symptomatologisch treten Störungen im Affektleben und der Intelligenz hervor. Euphorie, kindisch-läppische Züge, Depressionen, später apathisches Wesen sind meist deutlich. Gelegentlich treten schwerere Affektstörungen zutage (Verstimmung bis zur Suizidneigung, manische Bilder). Nach apoplektiformem Auftreten oft Erregungszustände. Hysterische



ymptome komplizieren nicht selten das Bild. Störungen des Gedächtnisses, esonders der Merkfähigkeit, sowie allgemeine Intelligenzschädigungen sind außerrdentlich häufig (polysklerotische Demenz). Mit und ohne Verworrenheit kommen llusionen und Halluzinationen vor. Wahnideen sind nicht selten. Auch katatone üge wurden beobachtet.

Im Anschluß an die multiple Sklerose bespricht *R.* noch kurz die Pseudosklerose und die diffuse Sklerose. Beide Erkrankungen betreffen m wesentlichen jugendliche Personen. — Die Ätiologie ist noch ungeklärt. Übergänge zwischen beiden scheinen vorzukommen. Bei der Pseudosklerose sind psychische Störungen fast stets vorhanden, bei der diffusen Sklerose sind schwere Demenzzustände sehr häufig. — *R.* erwähnt schließlich, daß auch bei der Gliose und Höhlenbildung in der Hirnrinde, dann bei tuberöser Sklerose, bei Syringomyelie und bei der amyotrophischen Lateralsklerose nicht allzu selten psychotische Erscheinungen vorkommen.

Landsbergen (147) bespricht die Zusammenhänge und Übergänge zwischen der *Friedreich*schen Krankheit und der Hérédoataxie cérébelleuse. Er betont, daß bei der letztgenannten Erkrankung die Kleinhirnerscheinungen das Bild des Leidens noch nicht ausmachen, weist auf die Wechselbeziehungen zwischen Großhirn und Kleinhirn hin und auf die Möglichkeit, daß Kleinhirnfunktionen kompensatorisch vom Großhirn übernommen werden können. *L.* fand bei drei Schwestern die Hérédoataxie cérébelleuse mit schweren psychischen Störungen und Epilepsie vereinigt. Die drei Schwestern waren idiotisch; den epileptischen Anfällen wird nur symptomatische Bedeutung beigemessen. *L.* fordert, daß bei den heredofamiliären Nervenkrankheiten der Beteiligung des Großhirns erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt wird. *L.* unterscheidet vier Gruppen: 1. den spinalen Typus (*Friedreichs* Ataxie, 2. den zerebellaren Typus (Hérédoat. céréb. — *P. Marie*), 3. die Gruppe mit ausgeprägten Großhirnsymptomen (mit oder ohne zerebellare Erscheinungen), 4. den allgemeinen Typus, mit Beteiligung des ganzen Zentralnervensystems.

Tissot (255) sieht in einer angeborenen Hypoplasie des Nervengewebes und in der funktionellen Abnutzung der histologischen Elemente die Grundlage zu den familiären Erkrankungen des Nervensystems. Der mangelhafte anatomische Aufbau ist die Folge der Heredität, aber die Folgeerscheinungen zeigen sich mehr oder weniger bald, gemäß der Schnelligkeit der physiologischen Abnutzung.

Margulis (166) sagt: Das Bild des primären chronischen Hydrocephalus internus besteht in einer Hyperplasie des Ependyms, in der Bildung von Divertikeln und Zotten im Ventrikel, in einer Proliferation des perivaskulären Rindengewebes und der Adventitia der Gefäße und in der Bildung einer fibrösen Lamelle. Beim entzündlichen Hydrocephalus int. bestehen entzündliche Veränderungen der Gefäße des Plexus, der Ventrikelwände und der weichen Häute. Beim Stauungshydrozephalus findet man eine vermehrte Entwicklung der Gliafaserschicht im Ependym und eine unbedeutende Proliferation der Ependymbekleidung.

Wladitschko (275) bezeichnet unter Paranoia chronica suggestiva eine besondere Form primärer Verrücktheit, für die das Vorhandensein eines unerschütterlichen systematisierten Wahnes hypnotischer Beeinflussung des Patienten seitens



anderer Personen bei sonst klarem Bewußtsein und richtiger Würdigung alles dessen, was nicht in das Gebiet der Wahnideen gehört, charakteristisch ist. *W.* unterscheidet im Verlauf der Krankheit drei Perioden: In der ersten Periode, die von kurzer Dauer ist, ist nur eine gewisse Unruhe bemerkbar. Die zweite Periode kann sich jahrelang hinziehen, ohne daß eine Abschwächung des Intellekts zum Vorschein käme. Nur in der dritten Periode macht sich eine solche Abschwächung bemerkbar, die aber nie einen solchen Grad erreicht, daß man von Demenz sprechen könnte. Die Prognose ist die gleiche wie bei typischer Paranoia, doch zeichnet sich die suggestive Form durch kürzeren Verlauf, geringere Kompliziertheit des Wahnes, das Fehlen der gehobenen Stimmung und des Größenwahns aus. *Wladitschko* bringt eine klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung eines solchen Falles. Es wurde eine diffuse Erkrankung der Hirngefäße gefunden, die zur Entstehung von zwei Erweichungsherden (im rechten Nucleus caudatus und im linken Nucleus lenticularis) geführt hatte. Die Veränderungen in den Gefäßwänden sprechen für einen Zusammenhang mit Syphilis (die in der Anamnese allerdings geleugnet wurde). Die Erweichungsherde sind durch Thrombosierung entstanden. An der medialen Seite ist die obere Windung des Stirnlappens schmäler als in der Norm, und das normale Schichtungsbild ist hier verwischt. (*Fleischmann*-Kiew).

Michailow (177) geht nur kurz auf die Neurome ein, welche im peripheren und sympathischen Nervensystem lokalisiert sind. Er bringt im wesentlichen eine gute und fast vollständige Übersicht über die Neurome des Zentralnervensystems und liefert auch selbst einen neuen Fall als Beitrag.

Jakob (124 a) hat sein Material durch Rückenmarksdurchschneidung bei Kaninchen und Exstirpation der Zentralwindungen an Affen gewonnen. Fälle von Apoplexie beim Menschen waren mit den gleichen Methoden untersucht. Der Abbau ist gliogener Natur. Bei sekundärer Degeneration sind drei Stadien zu unterscheiden: 1. das der sich bildenden Marchischolle, 2. das der Marchischolle, 3. das der Körnchenzellen. Schon im ersten Stadium beginnt die Glia ihre Abräumtätigkeit, Myeloklasten und Myelophagen. Sie haben die zerfallenden Markmassen zu transportfähigen fettigen Substanzen abzubauen. In den Myeloklasten, welche bald zugrunde gehen, treten die ersten Fetttröpfchen auf. Die Myelophagen werden von den protoplasmaarmen Gliazellen durch Entwicklung eines zellreichen plasmatischen Wabenwerkes gebildet. So entstehen große synzytische Gebilde, welche die Marchischollen umklammern. Auch die Myelophagen zerfallen und die Glia führt die Abräumarbeit fort. Durch diese Arbeit verschwinden die Marchischollen, und an ihrer Stelle entstehen kleine Hohlräume, die von Gliastrukturen umgeben sind. — Diese tragen die abgebauten Substanzen als feinste Fetttropfen. Sie müssen nun abtransportiert werden. Es bilden sich aus der Glia die Körnchenzellen α. Nach ihrem Zerfall erscheinen aus protoplasmareichen Gliazellen die Körnchenzellen β, in denen die kleinen Fetttropfen zu größeren Ballen zusammenfließen. Doch die großen Kugeln werden ihrerseits wieder zu kleinen umgebaut. Die Gliazellen erfüllen sich mit solchen immer mehr, und sie verlieren allmählich die Verbindung mit dem umgebenden Gewebe (Zellösung). Sie kommen zu den Gefäßen, wo sie bezw. ihre Abbauprodukte weggeschwemmt werden.



Nach zwei Jahren ist das Zerfallsgewebe von den Schlacken befreit, und nur um die Gefäße fanden sich noch Körnchenzellen in großer Anzahl. Neben den Abbauvorgängen entwickeln sich noch andere Prozesse, welche eine Narbenbildung herbeiführen.

Jakob (124 b) bezweckte mit seinen Versuchen eine direkte Schädigung des Gehirns und Rückenmarks. Nach Gehirntraumen traten tetanusähnliche kurze Krämpfe in der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur auf, dann verlangsamte Atmungs- und Herztätigkeit, nach Rückenmarkstraumen vor allem Reizerscheinungen in den hinteren Extremitäten. Bei den sofort nach dem Trauma verendeten Tieren fand *J.* piale Blutungen (Pons, Medulla usw.), wenn der Befund nicht überhaupt negativ war. Bei den überlebenden Tieren zeigten sich Veränderungen an den Hüllen mit ihren Folgen und Schädigungen in der Nervensubstanz selbst. Hier zeigten sich punktförmige Blutungen an verschiedenen Hirnteilen (Rinde, Mittelhirn, ob. Halsmark). Auch bei älteren überlebenden Tieren waren noch Blutaustritte in primär affiziertes Gewebe zu konstatieren, doch auch Spätblutungen in anscheinend intakte Nervensubstanz. Ferner bestanden Erweichungsherde. Weiterhin kamen Achsenzylinderquellungen und Markscheidenauftreibungen zur Beobachtung. Besonders diese Veränderungen führten zu Randdegenerationen im Pons und in der Medulla. Schließlich boten einige Tiere noch Degenerationen der hinteren Wurzeln mit daran sich anschließender partieller Entartung der aufsteigenden Hinterstrangfasern.

Vix (262) stellt an der Hand von 70 Fällen die Blut- und Liquorbefunde, die klinischen und anatomischen Symptome der Schlafkrankheit dar und geht ganz besonders auf die psychiatrischen ein. Er betont ihre bedeutende Mannigfaltigkeit. Zum Schlusse geht er auf eine Reihe von Punkten ein, die die Schlafkrankheit wesentlich von der progressiven Paralyse unterscheiden und stellt erstere den Intoxikationspsychosen näher.

Berger (21) widerlegt an einer großen Reihe von Tierversuchen die Annahme, daß dem plötzlichen Bewußtseinsverlust bei einer Gehirnblutung, bei einer Gehirnembolie, im epileptischen Anfall oder nach einer Gehirnerschütterung eine Gehirnanämie zugrunde liege, welche durch eine vom pathologischen Prozeß ausgelöste starke Kontraktion der Pialgefäße bedingt sei. Viel eher könne von einer allgemeinen Gefäßerweiterung gesprochen werden. Wir müssen daher die Theorie einer reflektorisch ausgelösten Gehirnanämie für die Erklärung der Bewußtlosigkeit aufgeben.



8. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Otto Snell-Lüneburg.

1. *Allers*, *R.*, Über den Einfluß des Alkohols der Eltern auf die physischen und psychischen Eigenschaften und Fähigkeiten der Nachkommen. Archiv für Rassen- u. Gesellschaftsbiologie Jahrg. 8, H. 2.

2. *Appel*, *Fr.* (Werneck), Über die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus und speziell über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus in der Psychiatrie. Wiener klin. Rundschau Nr. 28, S. 433.

3. *Aschaffenburg*, *G.* (Köln), Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 3. Abt., 1. Hälfte. *K. Bonhoeffer*, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Krankheiten. *P. Schroeder*, Intoxikationspsychosen. (S. 314*.)

4. *Babcock*, *I. W.* (Columbia), How long has pellagra existed in South-Carolina? The american journal of insanity vol. 69, nr. 1, p. 185.

5. *Bárány*, Experimentelle Alkoholintoxikation. Korrespondenz des Vereins abstinenter Ärzte. Januar.

6. *Barbé*, *A.* (Paris), La démence alcoholique. Le Progrès médical 24. II. 1912.

7. *Bayerthal*, *I.* (Worms), Entstehung der psychopathischen Veranlagung durch den Alkoholmißbrauch. Die Alkoholfrage H. 4, S. 352.

8. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Bemerkungen zu den Vorträgen *von Frankl-Hochwarts* und *Fröhlichs* „Über den Einfluß des Tabakrauchens auf die Entstehung der Nervenkrankheiten“ am 3. X. 1911 in Frankfurt a. M. Moderne Medizin H. 5, S. 113.

9. *Bennecke*, *H.* (Jena), Über Gehirn- und Rückenmarkveränderungen bei Infektionskrankheiten. Med. Klinik Nr. 24, S. 996.

10. *Bergmann*, *I.* (Stockholm), Die schwedische Antialkoholbewegung. Die Alkoholfrage VIII. Jahrg., H. 1.



11. *Bertholet*, Pathologisch-anatomische Veränderungen bei der Autopsie von 100 chronischen Alkoholikern. Bericht über den 13. internat. Kongreß gegen den Alkoholismus S. 181.

12. *Bleuler, E.*, Alkohol und Neurosen. Jahrbuch f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschung Bd. III.

13. *Bondurant, E. D.* (Mobile, Ala.), Terminal states in Pellagra resembling general paresis, with report of five cases. The journal of nervous and mental disease no. 11, p. 734. (S. 319*.)

14. *Bravetta, Eug.* (Mailand), Nota di anatomia patologica nella pellagra. Annali di frenatria e scienze affini vol. 21, fasc. 3, 1911.

15. *Brunzlow* (Bonn), Wehrkraft und Alkohol. Die Alkoholfrage VIII. Jahrg., III. H., S. 233. (S. 314*.)

16. *Burzio, Fr.*, Lo stato attuale della lotta antialcoolistica specialmente in Italia. Annali di frenatria e scienze affini 22, fasc. 2, p. 146.

17. *Cesa-Bianchi, D.* und *Vallardi, C.* (Mailand), Maisernährung und Überempfindlichkeit gegen Maisextrakte. Ztschr. f. Immunitätsforschung u. experimentelle Therapie Bd. 15, H. 4—5, S. 370. (S. 318*.)

18. *Ciccarelli, Fr.*, Contributo allo studio delle psichosi nevralgiche. Rassegna di studi psichiatrici 2, fasc. 4, p. 281.

19. *Crothers, T. D.* (Hartford, Conn.), Psychic treatment of spirit and drug neurosis. The Alienist and Neurologist no. 4, p. 429.

20. *Damaye, H.*, Le syndrome démence précoce et les psychoses toxi-infectieuses. Archives intern. de neurologie, octobre, p. 205.

21 a. *Damaye, H.*, Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses. L'Echo médical du nord 2. VI. 1912. (S. 319*.)

21 b. *Damaye, H.*, Comparaison entre les psychoses toxiques et les troubles par épuisement mécanique des comitiaux. Annales médico-psychol., juin. (S. 314*.)

22 a. *Davidsohn*, Die Erfindung der Destillation. Übersetzt aus dem Schwedischen v. *Eugenie Hoffmann*. Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus. August.

22 b. *Ducosté, M.*, Pseudo-paralysie générale d'origine toxi-infectieuse. L'année médicale, février. (S. 316*.)

23. *Dupouy, Roger*, Les opiomanes. 319 p. 6 Frs. Paris. F. Alcan.



24. *Fillinger*, *Fr. v.* (Budapest), Weitere Mitteilungen über Resistenzminderung der Erythrozyten nach Alkoholgenuß. Deutsche med. Wschr. Nr. 21, S. 999.

25. *Forel*, Alkohol und Keimverderbnis. Bericht über den 13. intern. Kongreß gegen d. Alkoholismus S. 162.

26. *Forel*, L'influence des faibles doses d'alcool dans l'organisme. Journal de neurologie no. 12, 20 juin, p. 221.

27. *Franck*, Ein Fall von Skopomorphinismus. Münch. med. Wschr. Nr. 14.

28. *v. Frankl-Hochwart*, *L.*, Die nervösen Erkrankungen der Tabakraucher. 87 S. 2,80 M. Wien u. Leipzig. Alfred Hölder.

29. *Friedrich*, *I.* (Gießen), Alkoholismus und Strafzumessung. Monatschrift für Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform, IX. Jahrg., H. 1, S. 23.

30. *Fromme*, *A.* (Stellingen-Hamburg), Die protrahierte Skopolaminnarkose bei der Morphiumentziehung. Berl. klin. Wschr. Nr. 29, S. 1376. (S. 318*.)

31 a. *Fürbringer*, *Herbert*, Zur Kenntnis des *Quindquaud*schen Zeichens in seiner Beziehung zum Alkoholmißbrauch. Inaug.-Diss. Berlin. 30 S. Verlag E. Ebering.

31 b. *Fürer* (Haus Rockenau), Zur Frage der sogenannten Abstinenzdelirien der chronischen Alkoholisten. Münch. med. Wschr. Nr. 51. (S. 316*.)

32. *Giese*, *G.*, Zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftungen. Inaug.-Diss. Königsberg.

33. *Grützner*, *P. v.* (Tübingen), Lichtbilder zur Alkoholfrage. Stuttgart, Theodor Benzinger.

34. *Hahn*, *R.* (Frankfurt a. M.), Polyneuritische Psychose nach künstlichem Abort. Archiv f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 1, S. 306. (S. 318*.)

35. *Hartz*, *William*, Chronische Paraldehydvergiftung. Journal of amer. assoc. 2. III. 1912.

36. *Harnack*, Über die Giftigkeit des Methylalkohols. Deutsche med. Wschr. Nr. 8.

37. *Heilig*, *G.* (Straßburg), Über Alkoholpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. X, H. 1—2, S. 109. (S. 315*.)

38. *Heron, David*, A second study of extreme alcoolism in adults, with special reference to the home-office inebriate reformatory data. Eugenics labor. mem. 17. London, Dulan and Co.
39. *Hesnard, A.*, Note sur les fumeurs de chanvre en Orient. L'encéphale, 10 juillet, p. 40.
40. *Hirschberg*, Über Methylschnaps-Vergiftung. Berl. klin. Wschr. v. 5. Februar.
41. *Hirschfeld, R.* (Berlin), Über Trinkerfürsorgestellen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 8, H. 5, S. 659. (S. 317*.)
42. *Hirschfeld, R.*, Schlußwort über Trinkerfürsorgestellen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. IV, S. 569.
43. *Hoppe, H.*, Die Tatsachen über den Alkohol. IV. Auflage, 746 S. 9 M. München. E. Reinhardt. (S. 314*.)
44. *Jakob, A.* (Friedrichsberg), Zur Klinik u. pathologischen Anatomie des chronischen Alkoholismus, zugleich ein Beitrag zu den Erkrankungen des Kleinhirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 13, H. 1, S. 131. (S. 315*.)
45. *Juliusburger, Otto* (Steglitz), Zur Psychologie des Alkoholismus. Zentralbl. f. Psychoanalyse Jahrg. 3, H. 1.
46. *Kanngießer, Fr.* (Neuchatel), Intoxikationspsychosen. 35 S. 0,75 M. Jena, G. Fischer. (S. 314*.)
47. *Keferstein*, Über Methylalkoholvergiftungen. Ztschr. f. Medizinalbeamte Nr. 7.
48. *Knauer, A.* (München), Psychologische Untersuchungen über den Meskalinrausch. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 115.
49. *Koelsch* (München), Gewerbliche totale Argyrie. Münch. med. Wschr. Nr. 6.
50. *Kozowsky, A. D.*, Die Pellagra. Pathologisch-anatomische Untersuchung. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 49, H. 2, S. 556.
51. *Kraepelin*, Alkohol und Seelenleben. Basel, Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes.
52. *Krass* (Münster), Alkoholismus und Fürsorgeerziehung. Die Alkoholfrage H. 4, S. 334.
53. *Kühn*, Sechs Todesfälle nach reichlichem Genuß von Methylalkohol enthaltendem Branntwein — künstlichem Nordhäuser. Ztschr. f. Medizinalbeamte Nr. 7.



54. *Laehr*, *H.* (Schweizerhof), Ein Fall von akuter Psychose nach chronischem Veronalgebrauch. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 529.

55. *Lafforgue*, Alkoholismus und Myoclonus. Gazette des hôp. no. 30.

56. *Lagriffe*, *L.*, Considérations sur quelques documents concernant l'alcoolisme dans le Finistère 1826—1906. Annales médico-psychologiques 70e année, no. 2 et 3, p. 129. (S. 317*.)

57. *Lewin*, Verwendungsgefahren des Methylalkohols und anderer Alhohole. Med. Klinik Nr. 3.

58. *Liebe*, *G.*, Der Alkohol in Krankenhäusern, Irrenanstalten und Lungenheilstätten. Archiv f. soziale Hygiene Bd. 7, S. 281.

59. *Luther*, *A.* (Lauenburg), Über das Vorkommen chronischer Alkoholhalluzinosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 5, S. 582. (S. 315*.)

60. *Marro*, *A.*, La scuola e la lotta antialcoolistica. Annali di freniatria e scienze affini 22, fasc. 2, p. 127.

61. *Meldola*, *E.* (Hamburg), Der Alkoholmißbrauch in Hamburg in seinen Beziehungen zum Jugendalter. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V, 3.—5. H., S. 326.

62. *Meng*, *H.* (Ellen-Bremen), Resultate der Abstinenzbehandlung in der Irrenanstalt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. XI, 3. u. 4. H., S. 308. (S. 317*.)

63. *Meyendorff*, *A. v.*, Der Alkohol in der russischen Reichsduma. Die Alkoholfrage. 8. Jahrg., Nr. 2.

64. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Toxische Erkrankungen des Nervensystems. Handb. d. inn. Med., herausg. v. Mohr u. Staehelin, Bd. 5, S. 1050—1067.

65. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Zur pathologischen Anatomie des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes alkoholischen Ursprungs. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 49, H. 2, S. 469. (S. 317*.)

66. *Meyer*, *Oswald* (Berlin), Alimentäre Vergiftung unter dem Bilde zerebraler Herdaffektion. Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 1550.

67. *Millant*, *R.*, Note sur la Pellagre en Roumanie. Arch. intern. de Neurol. 34e année, juillet, no. 1, p. 18.



68. *Moëstra*, *Curt*, Über die Ätiologie und die Entwicklung eines systematisierten Wahnes (Wahnbildung bei einem Trinker). Inaug.-Diss., Jena.

69. *Mouratoff*, *W.*, L'alcoolisme et la psychonévrose. L'encéphale, 10 juillet, p. 1.

70. *Näcke*, *P.*, Der Alkohol als degenerierende Ursache. Reichs-Medizinal-Anzeiger Nr. 3.

71. *Nesemann*, Die Massenvergiftungen in Berlin zu Ende des Jahres 1911. Ztschr. f. Medizinalbeamte Nr. 6.

72. *Neyron*, *E.*, Vergiftung durch Früchte von Datura Stramonium. Lyon médical no. 40.

73. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von isolierter echter reflektorischer Pupillenstarre ohne Syphilis bei Alkoholismus chronicus gravis. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 6.

74. *Pappenheim*, *M.* (Reichenhall), Über Dipsomanie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XI, 3. u. 4. H., S. 333. (S. 316*.)

75. *Pförringer* (Hamburg), Tierversuche über den erblichen Einfluß des Alkohels. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 734.

76. *Polligkeit*, *Wilh.* (Frankfurt a. M.), Die Schutzaufsicht über Gewohnheitstrinker und verbrecherische Trinker. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform, 9. Jahrg., 3. H., S. 135. (S. 317*.)

77. *Prince*, *A.* (Vaucluse), Amnésie de fixation et fabulation chez un alcoolique chronique. Revue de psychiatrie no. 3, p. 107.

78. *Quensel* (Leipzig), Melancholische Depression durch Kohlenoxydvergiftung. Selbstmord als Unfallfolge. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 15, S. 302.

79. *Quensel* (Leipzig), Psychose durch Kohlenoxydvergiftung. Med. Klinik Nr. 11, S. 434. (S. 318*.)

80. *Ravarit*, *Gabriel*, Délire alcoolique intense avec sitiophobie complète pendant plusieurs jours, chez un malade atteint de cirrhose de Laënnec avec ascite considérable. Gazette des hôpitaux no. 97, p. 1367.

81. *Ronne*, *Max* (Hamburg), Ärztl. u. juristische Forderungen für die Heilung Alkoholkranker. Hamburg, Verlag von Deutschlands Großloge II des Guttempler-Ordens. 0,20 M.



82. *Rothfeld*, *I.* (Lemberg), Über den Einfluß akuter und chronischer Alkoholvergiftung auf die vestibularen Reaktionen. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, p. 681.

83. *Rudolf*, Die Prohibition in Amerika. Internationale Monatsschr. zur Erforschung des Alkoholismus. April.

84. *Rudolf*, Zur Verbotsfrage in Amerika. Internat. Monatsschr. zur Erforschung des Alkoholismus. Juni.

85. *Saleeby*, *C. W.*, Alcohol and public morals. Die Alkoholfrage. 8. Jahrg., Nr. 2.

86. *Saltykow*, Experimentelle Forschung über die pathologische Anatomie des Alkoholismus chronicus. Zentralbl. f. allgem. Path. u. pathol. Anat. 1911, Nr. 19.

87. *Sangro*, *A. P.* (Madrid), L'alcoolisme en Espagne. Die Alkoholfrage Jahrg. 8, H. 3, S. 245.

88. *Schauer*, *R.*, Beobachtungen über die typischen Wirkungen des Alkoholismus auf unsere Schüler. Ztschr. f. Kinderforschung Bd. 17, H. 6 u. 7.

89. *Schellmann* (Düsseldorf), Über Trinkerfürsorgestellen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. IV, S. 564. (S. 317*.)

90. *Schenk*, *P.* (Berlin), Die Alkoholfrage. (Sammelbericht.) Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 6, 7, 8, 16 u. 17.

91. *Schenk*, *P.* (Berlin), Psychologie und Alkoholproblem. Zeitschr. f. Psychotherapie Bd. 4, H. 3.

92. *Schenk*, Bemerkungen zu *Forels* Lehre von der Keimschädigung durch Alkohol. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Nr. 22.

93. *Schenk*, Vergiftung mit Methylalkohol. Deutsche Medizinalzeitung Nr. 6.

94. *Scherwinzky*, *B.* (Dalldorf-Berlin), Stechapfelvergiftung mit anfänglich paralyseähnlichem Bilde. Med. Klin. Nr. 2, S. 62.

95. *Schlesinger*, *E.* (Straßburg i. E.), Die Trinkerkinder unter den schwachbegabten Schulkindern. Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 649. (S. 317*.)

96. *Schottmüller*, *H.*, u. *Schumm*, *O.*, Nachweis von Alkohol in der Spinalflüssigkeit von Säufern. Neurol. Zentralbl. Nr. 16, S. 1020.

97. *Schröder*, *G.* (Kopenhagen), Stoffwechselversuche bei Delirium



tremens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 2, S. 123. (S. 316*.)

98. *Schroeder, P.*, Intoxikationspsychosen. Siehe *Aschaffenburg*, Lehrbuch der Psychiatrie, 3. I.

99. *Sengès*, Accidents aigus au cours d'alcoolisme chronique ayant simulé la paralysie générale: guérison; sortie du malade. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 5 (mai), p. 163.

100. *Sick, K.* (Stuttgart), Allgemeine Krankenhäuser und die Bekämpfung des chronischen Alkoholismus. Die Alkoholfrage 8. Jahrg., Nr. 2. (S. 315*.)

101. *Sittig, O.*, (Prag) Ein Fall von *Korsakow*scher Psychose auf Grund diabetischer Azidose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 3, S. 241. (S. 317*.)

102. *Stein, Ph.*, Die psychologische Behandlung der Trinker. Journal f. Psychol. u. Neurol. 19, H. 1.

103. *Stein*, Die psychologische Behandlung der Trinker. Bericht über den 13. internation. Kongr. gegen den Alkoholismus S. 23.

104. *Thode, R.* (Stettin), Was geschieht mit den aus Krankenhäusern und Strafanstalten entlassenen Trunkgefährdeten. Die Alkoholfrage Jahrg. 8, H. 1.

105. *Voivenel, P.* (Toulouse), L'alcool, la femme et le pantin. Annales médico-psychologiques, 70e année no. 1, p. 38.

106. *Vollrath, Ulrich*, Der Hirnbefund bei der *Korsakoff*schen Psychose (nebst Mitteilung eines neuen Falles). Inaug.-Diss. Jena. (S. 318*.)

107. *Vollrath, U.* (Jena), Über den anatomischen Befund in einem Falle von *Korsakoff*scher Psychose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, H. 4, S. 331.

108. *Weichselbaum* u. *Kyrle*, Über die Veränderungen der Hoden bei chronischem Alkoholismus. Sitzungsberichte der Kais. Akad. d. Wiss. in Wien. Mathem.-naturw. Klasse Bd. 121, Abt. 3, Febr.

109. *Winternitz, H.*, Über sog. Pantoponvergiftungen nebst Bemerkungen über tabische Atemkrisen und die Wirkung eines morphinfreien Pantopons. Therap. Monatsh., März.

110. *Wirth* (Berlin), Alkoholismus, seine Gefahren und Bekämpfung. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 14.



111. *Wolter, R.* (Berlin-Lichterfelde), Zwei Fälle von Atropinvergiftung. Berlin. klin. Wschr. Nr. 40. (S. 318*.)

a) Allgemeines.

Kanngießer (46) behandelt für den Gebrauch in der ärztlichen Praxis die Intoxikationspsychosen, auch die seltenen, in gedrängter Kürze und alphabetisch geordnet.

Bonhoeffers Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen bilden zusammen mit *P. Schroeders* Intoxikationspsychosen (3) die erste Hälfte der dritten Abteilung des speziellen Teiles von *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie. *Bonhoeffer* beschreibt zunächst die Infektionspsychosen, die bei Typhus, Erysipel, akutem Gelenkrheumatismus, den akuten Exanthemen, Diphtherie, Malaria, Rekurrens, Cholera, Dysenterie, Pneumonie, Influenza, Tuberkulose und septischen Erkrankungen auftreten, und im Anschluß an diese die Chorea minor. Ferner die Psychosen bei Allgemeinerkrankungen und bei Erkrankung vegetativer Organe, darunter die Erschöpfungspsychosen, Amentia, Urämie, Eklampsie, Diabetes mellitus und *Addisonsche* Krankheit. Unter den Intoxikationspsychosen, die *Schroeder* beschreibt, nimmt der Alkohol den weitaus größten Raum ein. Es werden nebeneinander gestellt: Delirium tremens, akute Halluzinose der Trinker, *Korsakowsche* Psychose, Alkoholepilepsie, pathologischer Rausch, Dipsomanie, Eifersuchtswahn der Trinker und chronische Alkoholpsychosen.

Damaye (21 b) findet viele Ähnlichkeiten in dem Verlaufe der toxischen Psychosen und der Geistesstörungen der Epileptischen.

b) Alkoholismus.

Hoppe (43) läßt von seinen „Tatsachen über den Alkohol" die vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage erscheinen. Fast 8 Jahre sind seit dem Erscheinen der letzten Auflage verflossen. Während dieser Zeit hat das Tatsachen- und Forschungsmaterial gewaltig zugenommen, so daß eine erhebliche Erweiterung des Buches erforderlich wurde. Die Abschnitte über die prädisponierenden Wirkungen des Alkohols und über die Einwirkungen des Alkohols auf die Kinder, die bisher in andern Kapiteln behandelt waren, sind nunmehr zu besonderen Kapiteln erhoben. Auch sonst finden wir überall Ergänzungen und Erweiterungen. Dadurch ist der Umfang so gewachsen, daß die Bezeichnung als „Handbuch der Wissenschaft vom Alkohol" gerechtfertigt erscheint. Besondere Sorgfalt ist auf die Literaturangaben verwendet.

Brunzlow (15) kommt in seinen Untersuchungen über die Einwirkung des Alkohols auf die Armee zu dem Ergebnis, daß der Alkohol im allgemeinen die Leistungsfähigkeit herabsetzt. Diese Herabsetzung hat eine dreifache Ursache. Der Alkohol wirkt lähmend auf das Nervensystem, die Skelettmuskulatur und das Herz einschließlich der gefäßverengernden Muskelfasern. An der lähmenden Wirkung



größerer Gaben wird nicht mehr gezweifelt. Die Wirkung kleiner Dosen wird subjektiv als Anregung empfunden und wird von manchen Forschern auch objektiv so bewertet. Früher geschah das ganz allgemein, in den beiden letzten Jahrzehnten hat jedoch die Experimentalforschung in vielen Fällen zu anderer Auffassung geführt. Es muß beachtet werden, daß die gleiche Alkoholmenge individuell verschieden wirkt. Wird nun in einer Truppe auch nur ein kleiner Teil geschädigt, der aus den minder Toleranten besteht, so wird dadurch sogleich die Gesamtleistung herabgedrückt. Das schlechte Beispiel einzelner wirkt nachteilig auf die Gesamtheit. Deshalb ist jeder Versuch, einer Truppe durch Alkohol über Strapazen hinweghelfen zu wollen, unzweckmäßig. Da die lähmende Wirkung des am Abend genossenen Alkohols sich über den ganzen folgenden Tag erstreckt, so ist der Alkoholgenuß vor einem anstrengenden Tage bedenklich. Auch die Widerstandskraft gegen Infektion wird durch Alkohol herabgesetzt.

Heilig (37) erörtert die Alkoholpsychosen nach dem Materiale der Straßburger psychiatrischen Klinik aus den Jahren 1906 bis 1910. Die Alkoholpsychosen bildeten nur 8,2% der Aufnahmen, und zwar 13,5% bei den Männern und 2,7% bei den Frauen. Es werden zunächst die kausalen Beziehungen zu andern Psychosen und Krankheitszuständen betrachtet, nämlich zu den angeborenen Schwächezuständen, dem manisch-depressiven Irresein, der Dementia praecox und der Epilepsie. Die Alkoholpsychosen werden eingeteilt in Delirium tremens, Dämmerzustände, Rausch des Normalen und des Psychopathen, alkoholistische psychopathische Konstitution, Alkoholmanie und Alkoholmelancholie sowie Halluzinosen und Paranoia.

Luther (59) berichtet über die Alkoholpsychosen, die in den letzten 7½ Jahren in Lauenburg i. P. beobachtet sind. Es waren 151 Männer und 9 Frauen. Es werden dann 8 Krankengeschichten mitgeteilt, in denen sich bei Schnapstrinkern aus einer akut aufgetretenen halluzinatorischen Störung ein chronischer Zustand mit Wahnideen entwickelt hat.

Sick (100) bespricht die verschiedenen Formen des Alkoholismus, die in den allgemeinen Krankenhäusern zur Behandlung kommen, und wünscht zur Durchführung einer kausalen Therapie ein gemeinsames Vorgehen der Krankenhäuser und der Beratungsstellen für Alkoholkranke.

Jakob (44) beobachtete einen schweren Schnapstrinker, bei dem sich im Alter von 60 Jahren zunächst neuritische Schmerzen in den Beinen, Schwindelgefühl und Unsicherheit beim Gehen zeigten. Dann machte der Kranke kurz hintereinander zwei typische alkoholische Delirien durch, wobei die zerebellare Ataxie auch objektiv festgestellt wurde. Etwa ½ Jahr nach dem zweiten Delir kam er in völlig verwahrlostem Zustande mit Sinnestäuschungen und Größenideen in die Irrenanstalt. Hier blieb er 6 Jahre lang in ungefähr demselben Zustande, unter dem Eindrucke lebhafter Gehörstäuschungen und ausgesprochener Verfolgungs- und Größenideen neben allgemeiner, hochgradiger Demenz. Bei vorhandenen Reflexen und ungestörter Hautsensibilität zeigte er zerebellare Gang-, Schrift- und Sprachstörung. Die Kleinhirnsymptome waren progredient und führten unter allgemeinem Marasmus zum Tode. Die anatomische Untersuchung ergab eine Kom-

bination alkoholischer, seniler und arteriosklerotischer Veränderungen, die das Kleinhirn in noch erheblicherem Grade befallen hatten als das Großhirn. Bei dem Alkoholismus scheint das Kleinhirn als der vornehmliche Sitz pathologischer Veränderungen betrachtet werden zu müssen.

Ducosté (22 b) teilt einen Fall von alkoholischer Pseudoparalyse bei einem erblich schwer belasteten, angeblich nicht syphilitischen Trinker mit.

George Schröder (97) stellte Stoffwechselversuche bei Delirium tremens an, und zwar an Fällen, die frei von Komplikationen waren und nur geringe Temperatursteigerung zeigten. Die Kranken erhielten Milch und Weißbrot mit Butter. Die ausgeschiedene Menge von Stickstoff und Ammoniak nahm ab, wenn auch etwas unregelmäßig. Beziehungen zwischen stärkerer Erregung und höherer Stickstoffausscheidung waren nicht nachzuweisen. Nur $^{3}/_{4}$ der Patienten zeigten mäßigen Verlust an Körpergewicht.

Fürer (31 b) hält die Frage, ob es überhaupt Alkoholabstinenz-Delirien gibt, für unentschieden. Nach seinen Erfahrungen hält er sie für so extrem selten, daß ihr etwaiges Vorkommen auf keinen Fall dazu führen darf, von der bewährten Praxis abzuweichen, auch in den schwersten Fällen von chronischem Alkoholismus den Alkohol sofort vollständig zu entziehen.

Pappenheim (74) kommt in seiner Arbeit über Dipsomanie zu folgenden Schlußsätzen: Die Dipsomanie äußert sich in Anfällen, die charakterisiert sind durch eine depressiv gefärbte, kurzdauernde Verstimmung mit mächtigem Verlangen nach Alkohol, welches den Kranken zu Trinkexzessen veranlaßt. Sekundär mischen sich den Symptomen des Anfalls exogene, durch die Alkoholwirkung bedingte Erscheinungen bei. Die Mächtigkeit der Begierde nach dem Alkohol, welcher dem Zwecke dienen soll, die Verstimmung zu lindern, hat ihre Wurzel in einer Konstitutionsanomalie, die dem Dipsomanen mit dem Pseudodipsomanen und dem chronischen Alkoholiker gemeinsam ist. Die Abtrennung jener Fälle, bei welchen der Trinktrieb nicht durch eine Verstimmung ausgelöst wird, von der Dipsomanie ist zweckmäßig. Die Verstimmungen der Dipsomanen sind teils reaktiver, teils primärer Natur. Die reaktive Natur der Anfälle zeigt sich einerseits in der Auslösung des einzelnen Anfalles, anderseits in der Abhängigkeit der Häufigkeit und der Schwere der Anfälle von äußeren Umständen. Im ganzen scheint bei den Dipsomanen die reaktive Stimmungslabilität gegenüber der primären zu überwiegen. Die einzelnen Verstimmungen der Dipsomanen lassen in der Regel die dauernd abnormen Züge der gesamten psychischen Konstitution des Kranken erkennen. Es scheint, als ob in den leichteren Fällen die Einwirkung des Alkohols hauptsächlich in einer Verstärkung dieser konstitutiv abnormen Züge sich äußerte, während erst bei höhergradiger Einwirkung des Alkohols diese Züge hinter den exogenen Erscheinungen verschwinden. Der dipsomanische Symptomenkomplex könnte gelegentlich als Erscheinungsform einer organischen Psychose vorkommen; doch scheint dies äußerst selten der Fall zu sein. Man wird zweckmäßigerweise diese Formen von der Dipsomanie abtrennen und von organischer Krankheit mit dipsomanischem Symptomenkomplexe sprechen. Die Prognose der Dipsomanie hängt im wesentlichen von dem Habitualzustande der leidenden Persönlichkeit und den äußeren



erhältnissen ab, unter denen sie lebt. Die Beurteilung im dipsomanischen Anfall ollführter Straftaten oder eingegangener rechtlicher Verbindlichkeiten wird sich uf die Untersuchung der dauernden psychischen Konstitution des Individuums inerseits, auf die exogenen Wirkungen des Alkohols im einzelnen Falle andererseits zu stützen haben.

Meng (62) berichtet über das Schicksal von 114 Alkoholikern, die in der Bremer Irrenanstalt behandelt wurden. Nur 11% wurden geheilt, bei etwa 25% trat erhebliche Besserung ein; 61 bis 72% mußten als ungeheilt bezeichnet werden. 45% waren nachweislich mit Trunksucht erblich belastet.

Lagriffe (56): Im Departement Finistère hat sich in der Zeit von 1824 bis 1906 die Zahl der Einwohner noch nicht verdoppelt, dagegen ist die Menge des verbrauchten Alkohols auf mehr als das Fünffache gestiegen. In ähnlichem Maße ist die Zahl der Verbrechen und der Geisteskranken gestiegen.

Polligkeit (76) hat als Direktor der Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt a. M. die Erfahrung gemacht, daß häufig dieselben Trinker bald das Objekt der Strafrechtspflege bilden, bald für sich und ihre Familie Armenunterstützung beanspruchen, bald die Unterbringung ihrer körperlich, geistig oder sittlich entarteten Kinder notwendig machen. Strafrecht, Armenpflege und Kinderfürsorge verlangen eine Schutzaufsicht über Gewohnheitstrinker. Die Beziehungen zwischen Fürsorger, Schützling und Schutzaufsichtsbehörde sollten gesetzlich geregelt werden, am besten unmittelbar durch das künftige Strafgesetzbuch.

Schlesinger (95) fand bei 200 schwachbegabten Kindern in der Hilfsschule in 30% Trunksucht der Eltern. Die Trinkerkinder zeichneten sich vor den andern schwachbegabten Kindern durch die größere Häufigkeit von Charakterfehlern aus. Von 42 geistig zurückgebliebenen Trinkerkindern waren 5 ausgesprochen jugendliche Verbrecher. Die Neigung zum Schuleschwänzen und Vagabundieren kann man geradezu als eine Eigentümlichkeit vieler Trinkerkinder bezeichnen.

R. Hirschfeld (41) tadelt, daß von den Fürsorgestellen für Alkoholkranke nur eine geringe Zahl unter psychiatrischer Leitung steht. Er befürwortet ferner die Angliederung der Fürsorgestellen an die Gemeinde.

Schellmann (89) erklärt diesen Tadel für ungerechtfertigt und meint, daß ein Psychiater oder Nervenarzt an den meisten Orten in der Sprechstunde der Trinkerfürsorgestelle keine lohnende Tätigkeit finde, wo doch oft nur die Angehörigen der Trinker erscheinen.

c) Korsakowsche Psychose.

E. Meyer (65) teils einen Fall von *Korsakow*scher Psychose alkoholischen Ursprungs mit. Gehirn und Rückenmark wurden mikroskopisch untersucht. Es wurden akute und chronische Veränderungen gefunden: frische Blutungen, diffuse Markscheidendegeneration, besonders im Wurm des Kleinhirns, Sklerose der Ganglienzellen, Rarifikation der Fibrillen, Verdickung der Gefäßwände, abnorme Pigmentierung der Ganglienzellen und die übrigen Abbauprodukte.

Sittig (101): Ein Diabetiker zeigte, als er Azeton und Azetessigsäure im Harn



hatte, eine typische *Korsakow*sche Psychose, die sich zurückbildete, als durch entsprechende Behandlung das Azeton allmählich verschwand.

Vollrath (106) fand bei der anatomischen Untersuchung eines Falles von *Korsakow*scher Psychose in Übereinstimmung mit *Thoma* eine allgemeine Degeneration der Ganglienzellen, diffusen Schwund der Fibrillen und Markfasern im Gehirn, Wucherung der Glia und Vermehrung der Gefäße.

Hahn (34) teilt einen Fall von polyneuritischer Psychose mit, die nach einem wegen unstillbaren Erbrechens eingeleiteten künstlichen Abort auftrat. Alkoholismus war auszuschließen. Das klinische Bild war das des alkoholischen Korsakow.

d) Morphium.

Fromme (30) verwendet zur beschwerdelosen Morphiumentziehung Injektionen von 1½ bis 2 mg Hyoscinum hydrobromicum, hat aber auch schon bis zu 1½ cg im Verlaufe von 24 Stunden gegeben, also das Zehnfache der Maximaldosis. Er ist mit dem Erfolge sehr zufrieden.

e) Andere Gifte.

Wolter (111) beschreibt zwei Fälle von Atropinvergiftung, von denen der eine tödlich endete, während der andere zur Heilung kam. In dem ersten Falle waren mindestens 3 g Atropinum sulfuricum genommen; der Tod trat erst 24 Stunden später ein; rasch eintretende Bewußtlosigkeit, äußerste Erweiterung und Lichtstarre der Pupillen, Trismus der Kiefermuskulatur. Der andere Patient hatte etwa 0,03 Atropinum sulfuricum, also das Zehnfache der maximalen Tagesdosis, genommen; nach 2 Stunden Schwindelgefühl, dann Auftreten des Bildes eines Deliranten, dabei tonischer Krampf der Kiefermuskulatur, weite, reaktionslose Pupillen; am folgenden Nachmittage Erwachen mit Erinnerungslücke seit Beginn des deliranten Zustandes.

Quensel (79) beobachtete einen Fall von schwerer Kohlenoxydvergiftung bei einem 34 jährigen Bergmann. Nach einer 5 Tage lang dauernden Bewußtlosigkeit trat ein Zustand schwerer Verwirrtheit auf, in dem der Kranke kaum seine Frau erkannte. Er hatte keine Erinnerung an den Unfall und hatte die meisten Vorstellungen aus seinem früheren Leben eingebüßt, so daß er den Zustand völligen Blödsinns bot. Dieser geistige Zustand blieb unverändert, als sich das körperliche Befinden besserte und das Körpergewicht zunahm. Die Pupillen waren weit, ungleich und von träger Lichtreaktion; Fazialisparese rechts; Abweichen der Zunge nach rechts; Steigerung der Patellarreflexe; Sprachstörung. Unfähigkeit, Gegenstände zu bezeichnen und gewollte Handlungen auszuführen. Das Krankheitsbild glich also dem der organisch bedingten Psychosen. *Wassermann*sche Reaktion negativ. Allmählich trat einige Besserung ein.

f) Pellagra.

Cesa-Bianchi und *Vallardi* (17) können die Behauptung *Sambon*s und *Alessandrini*s, daß der Mais keine ätiologische Bedeutung für die Pellagra habe, nicht



bestätigen. Die auf verschiedene Weise hergestellten Maisextrakte zeigten, in die Venen eingeführt, einen sehr wechselnden Grad von Giftigkeit. Die Extrakte aus verdorbenem Mais sind viel giftiger als die aus gutem Mais. Die wässrigen Extrakte sind giftiger als die alkoholischen und ätherischen. Meerschweinchen sterben, wenn sie ausschließlich mit Mais gefüttert werden. Die vorwiegend mit Mais gefütterten Meerschweinchen zeigen nach einiger Zeit Störungen der Verdauungsorgane, der Nieren und der Haut (Haarausfall). Auch werden sie sehr empfindlich gegen alle Maisextrakte. Ob der verwendete Mais verdorben oder gut ist, macht keinen erkennbaren Unterschied dabei.

Bondurant (13) hat 40 Fälle von Pellagra beobachtet, die in den Vereinigten Staaten an Häufigkeit zunimmt. Über 5 von diesen Fällen, deren Verlauf Ähnlichkeit mit dem der progressiven Paralyse hatte, wird berichtet. Es bestand Steigerung der Sehnenreflexe, Sprachstörung, fibrilläres Zittern der Muskulatur und fortschreitende Verblödung. Die Unterscheidung von der Paralyse war möglich durch das Verhalten der Haut und der Unterleibsorgane.

g) Infektionskrankheiten.

Damaye (21 a) teilt kurz die Krankengeschichte eines 17 jährigen Mädchens mit, das an Dementia praecox mit Stimmungswechsel, Erregungszuständen und Sinnestäuschungen litt und 4 Jahre nach der Erkrankung an Lungentuberkulose starb. Anatomisch fanden sich am Gehirn und seinen Häuten keine makroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen, mikroskopisch Degeneration der Ganglienzellen, Vermehrung der Neurogliazellen, keine erhebliche Veränderung der Gefäße. Im Anschluß an diesen Befund wird der Unterschied zwischen den anatomischen Veränderungen bei Dementia praecox und denen bei den toxischen und toxisch-infektiösen Psychosen erörtert.

---

9. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: E. Grütter-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Adam, Fr.*, Des internements abusifs. Paris, Maloine. (S. 341*.)
2. *Alombert-Goget* et *Cornu, E.*, L'épidemie de cholera en 1911 à l'asile de Marseille. (108 cas). Ann. méd.-psych. 1912, 70e année, no. 4, p. 385.
3. *Aschaffenburg, G.* (Köln), Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Berlin. J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung. 1912. (S. 337*.)
4. Bedburg (Kr. Kleve), Denkschrift zur Feier der Eröffnung der



achten Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt Bedburg. Düsseldorf 1912. L. Schwann. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 20. (S. 329*.)

5. *Behla, R.*, Zahl, Zunahme und Beruf der Geisteskranken in Preußen. Ztschr. d. Kgl. Preuß. Statistischen Landesamtes, 51. Jahrg., IV. Abt., S. 365. (S. 339*.)
6. *Béla Révész* (Hermannstadt), Psychiatrische Fürsorge auf dem Kriegsschauplatz. Wien. klin. Wschr. XXV. Jahrg., Nr. 50. (S. 339*.)
7. *Bernhuber, K.* (Passau), Typhusbazillenträgerin in einem Erziehungsinstitut. Münch. med. Wschr. Nr. 7, S. 360. (S. 333*.)
8. *Braeuning, H.* (Stettin), Diätsystem des städtischen Krankenhauses Stettin. Ztschr. f. phys. u. diätet. Therap. Bd. 16, H. 8. (S. 332*.)
9. *Bresler, J.* (Lüben), Deutsche Heil- und Pflege-Anstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. II. Bd. 19 M. Halle a. S. 1912. Karl Marhold. (S. 328*.)
10. *Bresler, J.* (Lüben), Vorlesestunden für Kranke. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 1, S. 8. (S. 332*.)
11. *Bresler, J.* (Lüben), Die Bedeutung der Deutschen Dichter-Gedächtnis-Stiftung für die Krankenhäuser und speziell die Anstalten für Geistes- und Nervenkranke. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg. 1912, Nr. 25, p. 287. (S. 332*.)
12. *Briggs, V.*, The care of cases of acute insanity. Should delirium tremens be classed with the insane? New England medical Monthly, August 1910. (S. 342*.)
13. *Brückner, G.* (Saarbrücken), Über Typhusverbreitung. Deutsche med. Wschr. 1912, Nr. 32, S. 1490. (S. 333*.)
14. *Channing, W.* (Boston), The state psychopatic hospital in Boston. The journal of nervous and mental disease no. 11, p. 752.
15. Chezal-Benoit (Cher), Inauguration de l'asile agricole de Chezal-Benoit (Cher). L'assistance 1912, 21e année, 12e série.
16. *Clemenz* (Alsterdorf-Hamburg), Ein neues Anstaltsgebäude der Alsterdorfer Anstalten. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 1912, Bd. V, 3.—4. H., S. 224. (S. 329*.)



17. *Colin, H.* (Villejuif), Le quartier de sûreté de Villejuif (Aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles). Ann. méd.-psychol. 70, no. 4 u. 5, p. 370, no. 6, p. 540.
18. *Corson, Frederick*, An inquiry into the occurrence of an inherited tendency to insanity in the insane of a rural population. Journ. of ment. science. April. (S. 342*.)
19. *Czerny, Ad.* (Straßburg), Über Desodorierung von Exkrementen im Krankenzimmer. Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 450. (S. 334*.)
20. *Daniel, W.*, Some statistics about sterilisation of the insane. Journ. of mental science. Januar. (S. 342*.)
21. *Dehler, A.* (Frankenthal), Zur Behandlung der Typhusbazillenträger. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 16, S. 857. (S. 333*.)
22. *Diesener, F.*, Einrichtung, Verwaltung und Betrieb der Krankenhäuser (Handbuch der Hygiene, herausgegeben von *Th. Weyl.* IV. Lieferung.) Leipzig 1912. Ambrosius Barth.
23. *Drost, I.*, Wie erkennt man in Heilanstalten ohne besondere Hilfsmittel verdorbene und verfälschte Nahrungsmittel? Die Heilanstalt 1912, Nr. 13, S. 199. (S. 332*.)
24. *v. Ehrenwall* (Ahrweiler), Über das Wesen der Geisteskrankheiten und deren moderne Behandlung in Anstalten mit besonderer Berücksichtigung der staatlichen Aufnahmevorschriften. Separatabdruck aus den „Akadem. Monatsblättern". Köln-Bachem. 30 S. (S. 335*.)
25. *v. Ehrenwall* (Ahrweiler), Über das Recht der Irrenanstaltsärzte, die Korrespondenz ihrer Kranken zu überwachen. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 15, S. 161. (S. 336*.)
26. *Enge* (Lübeck), Zerstreuungen und Festlichkeiten in Irrenanstalten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Orig.) Bd. 9, H. 1, S. 51. (S. 332*.)
27. *Falciola, M.*, Ancora una prova di no-restraint nei Manicomi più disadatti. Annali di freniatria e scienze affini 22, fasc. 2, p. 115.
28. *Fischer, Max* (Wiesloch), Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 34.
29. *Friedemann, M.*, Atlas typischer Handgriffe für Krankenpflegerinnen. Stuttgart 1912. Ferd. Enke.



30. Fürsorgeverband Leipzig: Maßnahmen des Fürsorgeverbandes Leipzig hinsichtlich der Unterbringung der Fürsorgezöglinge. Psych.-neurol. Wschr. 1912, XIV. Jahrg., Nr. 11, p. 123. (S. 330*.)

31. *Glueck*, *B.*, A contribution to the catamnestic study of the juvenile offender. Governement hospital for the insane, Washington, Bull. no. 4. (S. 341*.)

32. *Groß*, *R.* (Schussenried), Die Ausbildung des Wartpersonals, unter besonderer Berücksichtigung württembergischer Verhältnisse. Die Irrenpflege 16. Jahrg., Nr. 5, S. 93.

33. *Gutekunst* (Zwiefalten), Die Entwicklung der familiären Verpflegung der Königl. Heilanstalt Zwiefalten. (Mit 7 Kurven.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4,. S. 430.

34. *Hartmann* (Hamburg), Rechtsschutz der Irren. Deutsche Juristen-Zeitung XVII. Jahrg., Nr. 13. (S. 336*.)

35. *Hellwig*, *Alfr.* (Brünn), Die Krankenbewegung in der mähr. Landesirrenanstalt Brünn seit ihrem Gründungsjahr 1863/64. Ztschr. f. d. Kranken- u. Humanitätsanstalten 2. Jahrg., Nr. 11, S. 161. (S. 331*.)

36. *Hellwig*, *A.* (Brünn), 25 Jahre Eigenregie in der Verpflegung bezw Bespeisung der mährischen Landesirrenanstalt zu Brünn. Ztschr. f. d. Kranken- u. Humanitätsanstalten Nr. 16 u. 17. (S. 333*.)

37. *Hellwig*, *A.* (Brünn), Nutzanwendung der Leitsätze Dr. *G. Kolb*s (Sammelatlas für Bau von Irrenanstalten) für die Ausgestaltung der Irrenanstaltsfiliale in Iglau (Mähren) zu einer selbständigen Anstalt. Psych.-neurol. Wschr. 1912, XIV. Jg., Nr. 10, S. 105. (S. 330*.)

38. *Herting*, *I.* (Galkhausen), Über Hausindustrie in den Anstalten. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 20, S. 225. (S. 332*.)

39. *Hösel* (Zschadraß), Über das neue Irrenfürsorgegesetz und die Neuordnung des Irrenwesens im Königreich Sachsen vom Jahre 1912. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 639.

40. *Jaeckel*, *Reinhold* (Teltow), Die Selbstmorde im Kreise Teltow. Ztschr. des Kgl. Preuß. Statistischen Landesamts, 52. Jahrg., IV. Abt. (S. 340*.)



41. *Jödicke, P.* (Stettin), Die Zahnpflege in den Kückenmühler Anstalten in Stettin. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 4 (S. 331*.)

42. *Jones, Edith Kathleen* (Waverley), State control of state hospital libraries. Americ. journ. of insanity 1912, vol. 58, no. 4, p. 709.

43. *Juliusburger, O.* (Steglitz), Ein Gesetz über die Irrenfürsorge. Deutsche med. Wschr. Nr. 33. (S. 338*.)

44. *Kalmus, E.* (Prag), Zur Irrenfürsorge in Österreich mit spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse in Böhmen. Der Amtsarzt 1911, Nr. 12; 1912, Nr. 2. (S. 338*.)

45. *Keller, Chr.* (Breining), Was bezweckt eine Irrenanstalt für antisoziale geistesschwache Männer? Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform IX. Jahrg., H. 1, S. 1. (S. 338*.)

46. *Kerris* (Galkhausen), Der Umgang mit Verwirrten. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg. Nr. 51 u. 52. (S. 331*.)

47. *Ketz* (Schwetz), Über Anstaltsabwässer. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 792.

48. *Kolb* (Kutzenberg) und *Specht* (Erlangen), Einführung der Familienpflege in Bayern. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 1, S. 103.

49. *Kötscher, L. M.* (Hubertusburg), Unsere Irrenhäuser. 199 S. 3 M. Berlin. Dr. P. Langenscheidt. (S. 335*.)

50. *Krasemann, Otto*, Typhusepidemien durch „Bazillenträger“, deren Bedeutung und Behandlung. Inaug.-Diss. Rostock 1912. (S. 333*.)

51. *Krauß, R.* (Kennenburg), Der Herrenbau der Privatanstalt Kennenburg bei Eßlingen a. N. Psych.-neurol. Wschr. 14. Jahrg., Nr. 7, S. 71. (S. 330*.)

52. *Kreuser* (Winnenthal), Aufgaben der Irrenfürsorge in Württemberg. Württ. med. Korresp.-Bl. (S. 330*.)

53. *Krimmel* (Zwiefalten), Die Lungenheilstätte der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 426.

54. *Laehr, H.* (Zehlendorf), Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. 7. Aufl. Berlin. 272 S. 6 M. G. Reimer. (S. 331*.)

55. *Lwoff*, Essai de suppression du quartier cellulaire dans un service des femmes. Ann. méd.-psychol. 1912. Nr. 1, p. 94.



56. *Mac Pherson* (Edinburg), Les différentes sortes d'assistance. Arch. internationales de Neurologie 1912, vol. I, 10e série, 34e année, vol. I, p. 4.

57. *Magnan*, L'alitement dans le service central d'admission de l'asile Sainte-Anne. Revue de psych. no. 8, p. 310.

58. *Magnan, V.* (Paris), De l'alitement ou clinothérapie dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris du département de la Seine. (Asile clinique Sainte-Anne.) Ann. médico-psychol. 70e année, no. 2—3, p. 168.

59. *Maier, H. W.* (Burghölzli), Über die Häufigkeit psychischer Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VIII, H. 5. (S. 340*.)

60. *Maier, H. W.* (Burghölzli), Die psychiatrische Poliklinik. 36. Bericht des Züricher Hilfsvereins für Geisteskranke 1912. (S. 331*.)

61. *Marie, A.* (Villejuif), Le corps médical des asiles d'aliénés. Arch. intern. de neurol. no. 6, p. 370.

62. *Marie, A.*, La situation des médecins-adjoints dans les asiles d'aliénés depuis la circulaire de 1905. L'assistance avril 1912, 21. année, 12e série. (S 342*.)

63. *May, I. V.*, Immigration as a problem in the state care of the insane. The Americ. journ. of insan. vol. 69, no. 2, p. 313.

64. *Mayer, E.* (Cannstatt), Die Frage der Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 23. (S. 339*.)

65. *Meeus, Fr.* (Gheel), Le patronage des aliénés. Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique 1912, no. 162.

66. *Meltzer* (Groß-Hennersdorf i. Sa.), Königliche Landesanstalt für bildungsfähige Kinder zu Groß-Hennersdorf i. Sa. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 3, S. 362.

67. *Mignot, R.* et *Marchand, L.*, Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés. Paris 1912. Octave Doin et fils.

68. *Oppermann, W.* (Dresden), Irrenanstalten und Strafrecht. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform 1912, IX. Jahrg., H. 4, S. 211. (S. 336*.)

69. *Orr, D.*, Some points complementary to the institution of post-



graduate instruction in psychiatry. Journ. of ment. science. Januar. (S. 342*.)

70. *Parant*, *V.*, Du droit de visite des parents ou amis aux aliénés internés. Annales médico-psychologiques, 70e année, no. 2, p. 188.
71. *Peeters* (Gheel), État actuel de l'assistance familiale des aliénés. L'assistance 21e année, 12e série.
72. *Petruschky*, *I.* (Danzig), Erfolgreiche Versuche zur Entkeimung von Bazillenträgern durch aktive Immunisierung und die hygienischen Konsequenzen. Deutsche med. Wschr. Nr. 28, S. 1319. (S. 334*.)
73. *Plathner* (Liegnitz), Typhus und Ruhr in der Liegnitzer Idiotenanstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 770.
74. *Raecke*, *I.* (Frankfurt a. M.), Aus amerikanischen Irrenanstalten. Die Irrenpflege 1912, Nr. 3. (S. 341*.)
75. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche an der städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M. Deutsche Fürsorge-Erziehungsanstalten. Halle. Marhold. s. Nr. 90.
76. *Regis* et *Reboul*, L'assistance des aliénés aux colonies. Le Caducé 1912, p. 90.
77. *Rémy*, Organisation de l'inspection médicale. Les ann. pédologiques 3, fasc. 2, p. 7.
78. *Roemer*, *H.* (Illenau), Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien, für die Zwecke der Statistik vereinbart zwischen der psychiatrischen Klinik Heidelberg und den Heil- und Pflegeanstalten Illenau und Wiesloch. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XI, H. 1/2. (S. 340*.)
79. *Ross*, *W.*, (Hamburg) Zur wirtschaftlichen Lage des unteren Irrenpflegepersonals. Die Heilanstalt VII. Jahrg., Nr. 8, S. 119. (S. 335*.)
80. *Rows*, *R. G.* (Lancaster), The development of psychiatric science as a branch of public health. Journ. of ment. science vol. 58, no. 240, p. 25.
81. *Schall*, *Hermann* u. *Heisler*, *August* (Königsfeld), Nahrungsmitteltabelle zur Aufstellung und Berechnung von Diätverordnungen für Krankenhaus, Sanatorium und Praxis. 3. vermehrte Auflage. Würzburg, Curt Kabitzsch. 1912. (S. 332*.)



82. *Schermers* (Zeist), Die neuen niederländischen Gesetzentwürfe für die Psychopathen. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 16—18. (S. 338*.)

83. *Schlöß*, *H.* (Wien), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild. 15 M. Halle a. S. 1912. Karl Marhold. (S. 328*.)

84. *Scholz*, *L.* (Kosten), Leitfaden für Irrenpfleger. 110 S. 1,50 M. Halle. C. Marhold. (S. 334*.)

85. *Schott*, *A.* (Stetten i. R.), Die Bedeutung der Anstalt Zwiefalten für das Irrenwesen Württembergs. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 9, S. 419.

86. *Schroeder*, *K.* (Altscherbitz), Die Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Ärzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke. Psych.-neurol. Wschr. 13. Jahrg., 1912, Nr. 48—49. (S. 335*.)

87. *Schulze*, *H.* (Sorau), Geschichte der Landesirrenanstalt Sorau. Druck: Brandenb. Provinzialdruckerei Strausberg. (S. 330*.)

88. *Schwalbe*, *J.* (Berlin), Schutz gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Der Tag, Nr. 210, 1912. (S. 336*.)

89. *Schweighofer*, *Josef* (Salzburg), Die Vorlage des österreichischen Entmündigungsgesetzentwurfes. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 8. (S. 338*.)

90. *Seiffert-Strausberg*, Deutsche Fürsorge-Erziehungsanstalten in Wort und Bild. 1912. Halle a. S. Karl Marhold, Verlagsbuchhandlung. (S. 328*.)

91. *Siemens* (Lauenburg), Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes über die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten. Psychiatr.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 10. (S. 335*.)

92. *Snell*, *O.* (Lüneburg), Die Ausbildung des weiblichen Oberwartpersonals. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 692.

93. *Sobernheim*, *G.* (Berlin), Bazillenträger. Berl. klin. Wschr. Nr. 33, S. 1549. (S. 333*.)

94. *Stritter* u. *Meltzer*, Deutsche Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und psychopathische Jugendliche. 343 S. 14 M. Halle. Marhold. (S. 328*.)

95. *Tomaschny*, *V.* (Treptow a. R.), Erfahrungen über Entlassung von



Kranken „gegen Revers". Psych.-neurol. Wschr., XIII. Jahrg., Nr. 53, S. 536. (S. 334*.)

96. *van der Torren, J.* (Hilversum), Der Entwurf der neuen Psychopathengesetze für die Niederlande. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IX, H. 1. (S. 338*.)

97. Versicherung der in geschlossenen Anstalten untergebrachten Pfleglinge bei ihrer Beschäftigung innerhalb oder außerhalb der Anstalt gegen Unfall. Beschluß des Reichsversicherungsamtes vom 12. V. 1911. Med. Klin. 1912, Nr. 14, S. 591. (S. 334*.)

98. *Viollet, M.*, La question de l'habitation de l'aliéné. Bull. général de thérapeutique vol. 164, no. 16, p. 607.

99. *Vocke, Fr.*, u. *Neithardt* (München), Die oberbayrische Heil- und Pflegeanstalt Haar bei München. Psych.-neurog. Wschr. 1912, XIV. Jahrg., Nr. 1, S. 1. (S. 328*.)

100. *Wahl* (Pontorson), Un asile d'aliénés au XVIII[e] siècle. Ann. méd.-psychol. no. 6, juin, p. 686. (S. 342*.)

101. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker. Ergebnisse der Neurol. u. Psych. I. Bd., 3. H., S. 497. (S. 337*.)

102. *Weeks, F.*, What New Jersey is doing for the epileptic. Archives of pediatrics Bd. 29, no. 4. (S. 342*.)

103. *Werner, G.* (Bedburg), Über die Fortschritte des Irrenwesens. Vierter Bericht. Halle. Marhold. 46 S. (S. 331*.)

104. *Weygandt* (Hamburg), Erweiterungen und Reorganisationen in der Hamburger Irrenpflege. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 760.

105. *Weygandt, W.* (Hamburg), Die ausländischen, insbesondere die überseeischen Geisteskranken. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 2. (S. 334*.)

106. *White, W. A.* and *Barnes, F. M.*, A plan for indexing cases in hospitals for the insane. The americ. journ. of insan. 1912, vol. 69, no. 1, p. 97.

107. Zwiefalten. Zur Feier des 100 jährigen Bestehens der Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten. Psych.-neurol. Wschr. XIV. Jahrg., Nr. 14, S. 149. (S. 329*.)



Anläßlich des vierten internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin hatte *Bresler* (9) die ihm zur Verfügung gestellten Beschreibungen staatlicher, provinzieller, städtischer und Privat-Heil- und Pflegeanstalten zu einem reich illustrierten Werke vereinigt. Schon damals wurde von vielen Seiten der Wunsch ausgesprochen, das Werk möchte fortgesetzt werden, auch die bisher unberücksichtigt gebliebenen Anstalten möchten darin Aufnahme finden. Diesem Wunsche kommt der vorliegende, von der Verlagsanstalt wieder in vornehmster Weise ausgestattete zweite Band nach. Das einzigartige Werk gibt einen vorzüglichen Überblick über Entwicklung und Stand deutscher Irrenpflege. In anschaulicher Weise werden darin Heil- und Pflege-Anstalten aus allen Teilen des Deutschen Reiches in Wort und Bild vorgeführt.

An das *Bresler*sche Werk über deutsche Heil- und Pflege-Anstalten schließt sich zunächst eine Schilderung der deutschen Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und psychopathische Jugendliche, die den Teilnehmern der XIV. Konferenz des Vereins für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher gewidmet ist. Es sind in dieser Arbeit, die von Pastor *Stritter* und Oberarzt Dr. *Meltzer* (94) redigiert ist, alle Kategorien von Anstalten für Kranke der oben bezeichneten Art vertreten, eine große Reihe Abbildungen vervollständigen den Text. Das Werk vermag einen guten Überblick über die in Deutschland auf diesem Gebiete geleistete Arbeit zu geben.

In ähnlicher, noch umfassenderer Weise stellt sich die Schilderung der deutschen Fürsorge-Erziehungs-Anstalten dar, die in demselben Verlage erschienen und von *Seiffert-Strausberg* (90) herausgegeben ist. Bereits dieser erste Band mit seinen 700 Seiten und den sehr zahlreichen Abbildungen zeigt in hervorragender Weise, wie ausgedehnt und mannigfaltig heute bei uns das Bemühen der verschiedensten Kreise ist, verwahrloste und gefährdete Jugendliche auf den rechten Weg zu bringen und zu brauchbaren Menschen zu erziehen.

Schlöß (83) hat es unternommen, in ähnlicher Weise, wie *Bresler* die deutschen, so die österreichischen Anstalten für psychisch Kranke in Wort und Bild vorzuführen. Er gibt eine vollständige Übersicht über die österreichischen Irrenanstalten und ihre Entwicklung mit vielen Abbildungen, Grundrissen, Plänen. Im ganzen sind 41 Anstalten in dem Werke vertreten; besonderer Wert ist auf die Abbildungen gelegt, die besser als alle Beschreibungen ein Bild von dem Wesen und der Art der Anstalten geben. Alle diese Werke sind zur Orientierung und als Nachschlagewerke sehr brauchbar und empfehlenswert.

Vorläufige Mitteilungen über die neue oberbayerische Heil- und Pflege-Anstalt Haar bei München machen *Vocke* und *Neithardt* (99). Die neue Anstalt, zunächst 10 Krankengebäude mit 800 Betten, liegt unmittelbar neben der Anstalt Eglfing und ist in ihrem technischen Betrieb an diese angeschlossen, wird aber sonst ganz selbständig sein. Als ein Fortschritt in der Entwicklung des Anstaltsbaues wird die Zusammenfassung einzelner Pavillons in große Gebäude angesehen, wie sie in einem zweigeschossigen Aufnahmehaus für insgesamt 280 Kranke, in dem zugleich im oberen, durch Aufzüge zugänglichen Geschoß das Lazarett untergebracht ist, zum Ausdruck kommt. Es wird von dieser Zusammenfassung eine wesentliche Ersparnis



erwartet. Auch Abteilungen für Halbruhige und Unsichere sind in ähnlicher Weise zusammengefaßt. Die einzigen eingeschossigen Häuser sind die zwei unruhigen Wachabteilungen. Das gesamte Pflegepersonal hat eigene Zimmer. Der Bau wurde Februar 1910 begonnen, als Eröffnungstermin war Oktober 1912 in Aussicht genommen.

Die Anstalt Bedburg, Kr. Cleve, (4) ist im Juli 1912 eröffnet worden. Die Gesamtzahl der in der Rheinprovinz zu versorgenden Geisteskranken, Idioten und Epileptiker betrug am 31. März 1911 14 310. Die Zahl hat in den letzten 6 Jahren um jährlich 450 zugenommen. Um die Bau- und Betriebskosten möglichst zu verringern, ist die neue Anstalt für eine Krankenzahl von 2200 bestimmt. Sie besteht aus 36 Krankengebäuden, die im Pavillonsystem aufgeführt sind, aber mehr Kranke enthalten als bisher üblich, bis zu 88 Krankenbetten, ferner aus 16 Wirtschafts- und Verwaltungsgebäuden und 57 Wohngebäuden, darunter 16 Doppelhäuser für Pfleger. Die Krankenhäuser sind modern und behaglich eingerichtet, überall ist auf die Beschäftigung der Kranken, die nur einer Verpflegungsklasse angehören, Rücksicht genommen. Nur ein Bewahrungshaus für 58 Männer ist ganz auf die Verwahrung der Kranken eingerichtet. Die wirtschaftlichen Einrichtungen der Anstalt sind nach dem Grundsatz ausgestaltet, alle Bedürfnisse der Anstalt in der eigenen Wirtschaft herzustellen. Als Heizung ist Fernwarmwasserheizung gewählt, die größte des Kontinents, es wird von ihr eine Verbilligung des Betriebes erwartet. Die Anstalt besitzt eigene Bäckerei und Schlächterei. Zum Transport der Speisen, der Wäsche usw. dient eine durch die ganze Anstalt führende Schmalspurbahn in einer Länge von 5000 m, die durch eine feuerlose Lokomotive getrieben wird. Die Kosten betragen im ganzen etwa 11 000 000 M., der Preis für das Bett beläuft sich einschließlich Grunderwerb, Inventar und Bauzinsen auf 5000 M., unter Ausschluß dieser Beträge auf 4000 M. Ende Mai 1912 befanden sich 1283 Kranke in der Anstalt. Nach der ärztlichen Dienstanweisung werden den einzelnen Ärzten vom Direktor einzelne Abteilungen überwiesen, in denen sie „selbständig und auf eigene Verantwortung" die Kranken zu behandeln haben, selbstverständlich unter der Oberleitung und nach den Direktiven des Direktors. Ein schätzungsweise aufgestellter Haushaltsplan balanciert in Einnahme und Ausgabe mit 1 377 000 M. für das Jahr.

Clemenz (16) beschreibt ein neues, „Bodelschwinghaus" genanntes Gebäude der Alsterdorfer Anstalten, das für 130 erwachsene männliche Pfleglinge bestimmt, nach modernen hygienischen Grundsätzen gebaut ist und eine ansprechende Außenarchitektur zeigt. Zwei bequeme Rampenbauten für schwächliche, unbehilfliche Pfleglinge führen vom ersten Stock als Außenbauten direkt in den Hof. Auf je 9,2 Patienten 1 Badewanne.

Die Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten (107) feierte ihr hundertjähriges Bestehen. Ihre ersten Anfänge bildete das im Anschluß an das Zucht- und Arbeitshaus in Ludwigsburg, wie damals üblich, errichtete „Tollhaus" mit zunächst 11 Kranken. 1812 wurde dann die ehemalige Benediktinerabtei Zwiefalten bezogen, die auch heute noch den Grundstock der Anstalt bildet, im Laufe der Jahre aber vergrößert und modernisiert ist. Die Zahl der Aufnahmen betrug



in den Jahren 1906—1910 durchschnittlich 102 Kranke jährlich. Je eine Kolonie für Männer und Frauen liegen außerhalb der eigentlichen Anstalt, auch besteht eine eigene kleine Lungenheilstätte.

Schulze (87) gibt eine Geschichte der Anstalt Sorau, die auf ein 100 jähriges Bestehen zurückblickt. Sie hat die typische Entwicklung der alten Anstalten durchgemacht und ist vom Tollhaus, der Tochteranstalt eines Zuchthauses, zu einer modernen Anstalt herangewachsen. Eine weitere Vergrößerung von Sorau um 560 Krankenplätze ist im Werke, sie besteht vornehmlich aus je einem großen Lazarettgebäude für 100 Kranke und 6 Pavillons für je 60 unruhige und halbruhige Kranke, die mit allen Einrichtungen für die neuesten Behandlungsmethoden versehen sind. Die Anstalt besitzt zurzeit ein Grundeigentum von 1250 Morgen, von denen rund 1200 landwirtschaftlich bebaut werden.

Der Fürsorgeverband Leipzig (30) plant die Errichtung einer eigenen Anstalt für Schwererziehbare, da die Schwierigkeiten der Unterbringung in schon bestehenden Anstalten erheblich gewachsen sind. Die Anstalt soll als offene angelegt werden und ist vorläufig für 300 Pfleglinge beiderlei Geschlechts bestimmt, die sonst getrennt sind und nur gemeinsamen Unterricht erhalten. Für geeignete Beschäftigung, auch in Werkstätten, wird Sorge getragen. Baukosten: 1 200 000 bis 2 300 000 M. Außerdem wird im Anschluß an die Heilanstalt Dösen eine Zwischenanstalt für 75 männliche und 45 weibliche Zöglinge errichtet, die zur Untersuchung und Beobachtung derselben bestimmt ist. Man hofft, beide Anstalten im Jahre 1913 in Betrieb nehmen zu können.

Hellwig (37) untersucht die Frage, ob der Ausbau einer alten Anstalt über die anfangs projektierte Belegzahl zweckmäßig und zu empfehlen ist. Aus hygienischen sowohl wie aus praktisch-psychiatrischen Gründen lehnt er die Erweiterung der 50 Jahre alten Anstalt Brünn ab, rät vielmehr zur baldigen Errichtung einer neuen Anstalt, damit die drückende Überfüllung der alten Anstalten endlich gehoben wird. Empfohlen wird die Ausgestaltung der bisherigen Filiale Iglau zu einer selbständigen Anstalt, deren Bauprogramm mitgeteilt wird.

Krauß (51) beschreibt einen neuen Herrenbau der Privatanstalt Kennenburg, der in jeder Beziehung modern eingerichtet ist. Besonderer Wert ist auf die zweckmäßige Einrichtung der Bäder und ihre Versorgung mit gleichmäßig temperiertem Wasser gelegt.

Kreuser (52) gibt ein Programm, wie in Württemberg am besten die dort drängenden Aufgaben der Irrenfürsorge zu lösen sind. In den Anstalten des Landes herrscht starke Überfüllung mit schweren Unzuträglichkeiten. In keinem Staate tritt gegenwärtig der Anteil des Staates an der Irrenfürsorge so sehr gegenüber den andern Unternehmungen zu gleichem Zweck zurück wie in Württemberg. Die staatliche Irrenfürsorge erstreckt sich auf 45,1% der geistig Gebrechlichen, wozu noch 12,7% „Staatspfleglinge“ der Privatanstalten kommen. Nötig ist vor allen Dingen Schaffung einer solchen Anzahl von Anstaltsplätzen, daß dem bisherigen Platzmangel ein Ende bereitet wird. Die einzige Abhilfe wäre die Errichtung einer neuen staatlichen Anstalt, die auf mindestens 1000 Kranke zu berechnen



wäre, nicht die kleinen Mittel, wie An- und Umbauten, Einschränkung der Irrenfürsorge und Abschiebung der Kranken an andere Verbände u. dergl.

Der bekannte, ausgezeichnete Führer durch die Anstalten für Psychischkranke von *Laehr* (54) ist neu erschienen. Die Zahl der in alphabetischer Reihenfolge aufgeführten Anstalten Deutschlands, Österreichs, der Schweiz und der baltischen Länder ist auf 685 gestiegen. Außer Namen und Lage der Anstalt, Zahl und Namen der Ärzte, Belegzahl, Zahl des Personals und Verpflegungsklassen mit Preisangabe ist eine kurze Charakteristik, Eröffnungsjahr der Anstalt usw. beigefügt. Das Buch wird wie bisher zur Orientierung ausgezeichnete Dienste leisten.

Nach *Hellwig* (35) weist die Krankenbewegung in der mährischen Landesirrenanstalt Brünn darauf hin, daß auch nach Ausbau der Filiale Iglau zu einer vierten Anstalt die Platzverhältnisse auf die Dauer noch nicht befriedigen werden. Jedenfalls ist gerade die Anstalt Brünn von der Überbelegung besonders betroffen. Die Kosten, die in den ersten 30 Jahren des Bestehens der Anstalt 276 K pro Pflegling und Jahr betrugen, sind jetzt in Brünn auf 1 K 61 h pro Tag und Pflegling angewachsen.

Werner (103) berichtet an der Hand der Jahresberichte der meisten deutschen, österreichischen und schweizerischen Anstalten über die Fortschritte im Irren-, besonders Anstaltswesen in den letzten Jahren. Seine Ausführungen betreffen das Historische, Neu- und Umbauten, technische Einrichtungen, Gesundheitszustand, wobei besonders die Typhusfrage berührt wird, koloniale und Familienpflege, Alkohol und sein Zusammenhang mit Psychosen, sowie klinische und forensische Erfahrungen, Fürsorgezöglinge.

Kerris (46) schildert die Art und Weise, wie er sein Pflegepersonal an das richtige Umgehen mit Verwirrten gewöhnt. Geduld und liebevolles Eingehen auf die Eigenart und Stimmung des Kranken werden die Grundlagen für das Verhalten des Pflegepersonals bilden, das bei richtiger Befolgung der *Kerris*schen Grundsätze manche andere Beruhigungsmittel überflüssig machen wird.

In den Kückenmühler Anstalten ist, wie *Jödicke* (41) berichtet, eine in hygienischer Beziehung wichtige Neuerung eingeführt. Da bei dem Krankenmaterial der Anstalt von 685 Patienten nur zwei gesunde, fehlerfreie Gebisse hatten, anderseits der schlechte Einfluß kariöser Zähne auf den Gesamtorganismus ja bekannt ist, ist ein Arzt jetzt in der Zahntechnik ausgebildet und eine zahnärztliche Einrichtung für nur 300 M. zusammengestellt und in Betrieb genommen. Die Behandlung beschränkt sich auf die Entfernung von Zahnstein und Erhaltung kariöser Zähne durch Plomben.

Maier (60) rät dringend zur Schaffung psychiatrischer Polikliniken in Verbindung mit den Anstalten und zu ihrer Besorgung durch ärztliches Personal, aber im übrigen mit möglichster räumlicher Trennung von den Anstalten selbst. Er verspricht sich davon einen wesentlichen Vorteil für die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiete der Grenzzustände und damit die Grundlage, so viel wie möglich die Zunahme der psychischen Degeneration an der Wurzel zu bekämpfen. Die Irrenärzte gewinnen dadurch ein weiteres Tätigkeitsfeld; die Kosten sind gering.



Enge (26) wendet sich gegen die großen Festlichkeiten mit stundenlangen Aufführungen, Tanz, Musik und dergl., wie sie in den meisten Irrenanstalten jetzt allgemein üblich sind. Nach ihm sind diese Veranstaltungen nicht ohne Gefahr für die Kranken, ihr günstiger Einfluß auf sie zum mindesten zweifelhaft. Die Zahl der Patienten, die mit Vorteil an ihnen teilnehmen, ist nach seiner Ansicht nur klein. Er möchte deshalb diese Art von Veranstaltungen durch jede Art von Beschäftigung, durch Turnen, Körperübungen, Wintersport und dergl. ersetzt sehen.

Herting (38) empfiehlt als „Hausindustrie" besonders die Weberei von Gebrauchsstoffen aller Art, Schürzen, Kleider, Wäsche, die ja jede Anstalt für den eigenen Bedarf herstellen kann. Aus gesundheitlichen Rücksichten ist natürlich den Feld- und Gartenarbeiten, aus wirtschaftlichen Gründen der üblichen Beschäftigung in den Werkstätten, in Küche, Nähstube usw. der unbedingte Vorzug zu geben. Für die Kranken aber, die aus dem einen oder andern Grunde für diese Art der Beschäftigung nicht zu gebrauchen sind, kann die Hausindustrie in ihren verschiedensten Zweigen wertvoll sein. Ihr Zweck und Nutzen soll überhaupt ein vorwiegend ideeller, psychiatrischer sein.

Die von *Schall* und *Heisler* (81) zusammengestellte Nahrungsmitteltabelle ist sehr praktisch und brauchbar. Sie enthält alles Wissenswerte über die Zusammensetzung der wichtigsten Nahrungs- und Genußmittel, Veränderung der Nahrungsmittel durch die Zubereitung, Verdaulichkeit, Ausnutzung usw. Das Büchlein erscheint bereits in dritter Auflage seit 1909.

Bresler (10) empfiehlt zur Unterhaltung und Zerstreuung der Kranken Vorlesestunden. Um die Auswahl geeigneter Lektüre zu erleichtern, bringt er ein Verzeichnis passender Bücher, deren Inhalt verschiedenen Wissensgebieten angehört und das später fortgesetzt werden soll.

An anderer Stelle (11) lenkt er die Aufmerksamkeit auf die „Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung", die seit Jahren gute Bücher zu billigem Preise herausbringt, unter denen sich eine große Anzahl besonders auch für die Zwecke der Irrenanstalt, für Kranke sowohl wie für das Personal, eignen.

Drost (23) gibt interessante und praktische Hinweise, wie man in Heilanstalten ohne besondere Hilfsmittel verdorbene und verfälschte Nahrungsmittel erkennen kann. Es betrifft das besonders die Milch, deren Bestimmung von Fett- und Wassergehalt, die Butter und ihre Verfälschung, Fleisch und Fleischwaren, Käse, Eier, Brot usw. Einzelne dieser Fälschungen sind ohne besondere Hilfsmittel durch einige kleine Handgriffe aufzudecken.

Bräuning (8) beschreibt kurz das Diätsystem am städtischen Krankenhause zu Stettin, das nach folgenden Prinzipien arbeitet: 1. Dezentralisation der Küche durch Erweiterung der Teeküchen der Stationen zu Kochküchen unter sachverständiger Teilnahme der betreffenden Stationsschwestern. 2. Es bestehen nur zwei Diätformen, deren erste gewissermaßen der Table d'hote, deren zweite der à la carte-Form des Hotels entspricht. 3. Es wird in einfacher und sehr gut funktionierender Weise eine tägliche Kontrolle durch die Verwaltung ausgeübt an der Hand von Kontrolltafeln.

Über die guten Erfahrungen, die mit der seit 25 Jahren an der Anstalt Brünn



durchgeführten Eigenregie in der Bespeisung der Kranken gemacht sind, berichtet *Hellwig* (36). An der Hand von Kostzetteln, Tarifen und Tabellen wird nachgewiesen, daß diese Art der Beköstigung billiger und besser ist als die frühere Verdingung an einen Traiteur.

Aus der Veröffentlichung *Brückners* (13), die eine größere Anzahl Gruppen von Typhusfällen mitteilt, geht hervor, daß die *Koch*sche Lehre, daß der Bazillen ausscheidende Mensch (Kranker oder Bazillenträger) die alleinige Quelle des Typhus ist, durch die Zusammenstellung der Epidemiegruppen vollste Bestätigung erhält. Bei der Weiterverbreitung des Typhus ist das Charakteristische Unsauberkeit und Schmutz in der Umgebung Typhuskranker und Bazillenträger. Durch Typhuskeime in einem Nahrungsmittelbetriebe kommen weitere Kreise in Ansteckungsgefahr; man kann den Typhus geradezu als eine Lebensmittel-Infektionskrankheit bezeichnen. Die direkte Kontaktinfektion — von Person zu Person — spielt bei der Verbreitung des Typhus nicht die entscheidende Rolle. Vernichtung des Krankheitskeimes in Stuhl und Urin durch gründlichste Desinfektion bleibt der oberste Grundsatz der Bekämpfung des Typhus, unterstützt durch Hebung des Reinlichkeitssinnes, durch Verbesserung allgemeiner hygienischer Mißstände und besonders durch strenge Kontrolle aller Nahrungsmittelbetriebe.

Dehler (21) hat vier Typhusbazillenträger operiert und durch Cholezystostomie bezw. Cholezystektomie mit möglichst lange durchgeführter Hepatikusdrainage in allen Fällen die Patienten von ihren Typhusbazillen befreit. Ein derartiges operatives Verfahren bei Dauerausscheidung ist berechtigt und angezeigt, so lange durch andere Mittel radikale Heilung nicht verschafft werden kann.

Sobernheims (93) Ausführungen beschäftigen sich mit der Gefahr, die den Gesunden durch Bazillenträger droht und mit Mitteln, dieser Gefahr zu begegnen. Dabei spielt die Heranziehung der bakteriologischen Diagnostik für die Zwecke von Umgebungs- und Nachuntersuchungen eine große Rolle, was besonders für die Diphtherie näher ausgeführt wird. Die klinische Heilung dieser Fälle muß stets bakteriologisch kontrolliert werden. Bazillenträger beherbergen in der Regel vollvirulente Krankheitskeime, für deren Vernichtung uns bei der Diphtherie sichere Mittel zurzeit noch nicht zur Verfügung stehen.

Krasemann (50) hat aus der Literatur Typhusepidemien durch Bazillenträger zusammengestellt und schließt die Beschreibung von drei weiteren, bisher nicht veröffentlichten Epidemien an. In einem Falle gelang es, durch Cholezystektomie eine Kranke von ihren Bazillen zu befreien.

Einen eklatanten Fall von Ausbreitung von Typhuskeimen durch eine Bazillenträgerin durch eine Reihe von Jahren hindurch veröffentlicht *Bernhuber* (7). Es handelt sich um die Köchin eines Knabenerziehungsinstitutes, in dem eine größere Anzahl von Personen zu verschiedenen Zeiten an Typhus erkrankte. Alle Umbauten und hygienischen Verbesserungen blieben ohne Erfolg, bis bei der bakteriologischen Untersuchung der Hausinsassen die Köchin des Institutes, die seit langen Jahren ihren Dienst versah, als Bazillenausscheiderin festgestellt wurde. Sie starb nach einiger Zeit an einer Herzinsuffizienz; seitdem ist kein neuer Typhusfall in dem Hause vorgekommen.

Petruschky (72) hat erfolgreiche Versuche angestellt, Bazillenträger, besonders von Diphtheriebazillen, durch aktive Immunisierung zu entkeimen. Bei einer ganzen Anzahl von chronischen Bazillenträgern ist es ihm gelungen, durch Injektion von abgetöteten Bazillen die Keime, die vorher durch kein anderes Mittel zu entfernen waren, abzutöten. Er hofft, daß auch bei Trägern von Typhusbazillen sein Verfahren Erfolg hat, eine Hoffnung, der bei der großen Kalamität, die die Typhuskeimträger und -ausscheider für manche Anstalten bilden, auch die Psychiater sich anschließen.

Czerny (19) empfiehlt nach dem Vorgange *Uhlenhuth*s zur Desodorierung von Exkrementen in Krankenzimmern das Antiformin (Oskar Kühn, Berlin, Dirksenstr. 20). Durch Übergießen mit Antiformin gelingt es in wenigen Augenblicken, Fäces zu desodorieren. — Auch Ref. kann die guten Erfahrungen mit dem Präparate bestätigen.

Weygandt (105) berichtet über die ausländischen Geisteskranken, die in der Anstalt Friedrichsberg untergebracht werden. Es sind dieses besonders ausländische Rückwanderer, die infolge der strengen amerikanischen Einwanderungsbestimmungen von Amerika in ihre Heimat zurückgeschickt werden und dann zu kürzerem oder längerem Aufenthalt in Friedrichsberg Aufnahme finden. Zeitweise waren dies 30 Geisteskranke zu gleicher Zeit. Klinisch bieten diese Fälle sowie die andern ausländischen Geisteskranken kaum etwas Besonderes, häufig handelt es sich um Dementia praecox-Kranke. Die Verständigung ist oft schwierig, ebenso schwierig oft die Ermittlung der Heimat und der Rücktransport dahin, der auf Kosten der Schiffahrtsgesellschaft geschieht. Eine Änderung dieser Verhältnisse wird kaum zu erreichen sein.

Tomaschny (95) veröffentlicht die seit 10 Jahren an der Anstalt Treptow a. R. mit den Entlassungen von Kranken „gegen Revers" gemachten Erfahrungen. Aus ihnen ergibt sich die überraschende Tatsache, daß bei den Männern nur gegen 6%, bei den Frauen 12% innerhalb von 8 Tagen nach der Entlassung der Anstalt wieder zurückgeführt werden mußten, während ein großer Teil ganz gut längere Zeit außerhalb der Anstalt leben konnte und der bei weitem größte Teil bis jetzt überhaupt nicht mehr in die Anstalt zurückkehrte. Mit andern Worten: die Befürchtungen und Bedenken, die gegen die Entlassung der Kranken gehegt wurden, waren in den bei weitem meisten Fällen unnötig.

Was die Versicherung der in geschlossenen Anstalten untergebrachten Pfleglinge bei ihrer Beschäftigung innerhalb oder außerhalb der Anstalt gegen Unfall (97) angeht, so interessiert hier nur folgender Passus eines Beschlusses des Reichsversicherungsamtes: „Geisteskranke Pfleglinge können nicht als Arbeiter gelten, weil sie wegen geistiger Mängel ein Arbeitsverhältnis überhaupt nicht eingehen können; ob die Beschäftigung innerhalb oder außerhalb der Anstalt stattfindet, ist bei ihnen unerheblich. Auch bei geistesschwachen Pfleglingen spricht die Vermutung gegen die Arbeitereigenschaft, da sie in der Regel an erheblichen geistigen und körperlichen, ihre Arbeitsfähigkeit sehr beeinträchtigenden Mängeln leiden."

Der bekannte Leitfaden für Irrenpfleger von *Scholz* (84) ist neu erschienen.

Text wie Abbildungen sind vermehrt; einer besonderen Empfehlung bedarf das praktische und beliebte Büchlein kaum mehr.

von Ehrenwall (24) geht den Ursachen nach, welche die rechtzeitige Einleitung einer geeigneten Behandlung bei Geisteskranken erschweren, und tritt den Vorurteilen des Publikums gegen die Anstalten, die es in den meisten Fällen gar nicht kennt, entgegen. Besonders werden auch die Vorschriften gewürdigt, die über die Unterbringung von Geisteskranken in Anstalten bestehen und die Art der modernen Anstaltsbehandlung, auf die näher eingegangen wird. Zum Schluß rät er in Übereinstimmung mit andern zur Prophylaxe, um besonders die Fortpflanzung Minderwertiger hintanzuhalten, wie in einzelnen amerikanischen Staaten bereits mit Erfolg geschieht. Zum Schutze der Frau eines geistig oder sittlich defekten Mannes wird den Verwandten der Frau empfohlen, das Erbteil derselben als Vorbehaltsgut festlegen zu lassen.

Kötsche (49) hat sich in seinen Ausführungen die Aufgabe gestellt, dem Publikum das wirkliche Wesen der Irrenanstalten in Wort und Bild vorzuführen und ihm somit das Mißtrauen zu nehmen, dem man auch heute noch häufig begegnet. Nicht nur dem Laien, der die Abhandlung aufmerksam liest, sondern auch manchem Arzte, der sich mit der Psychiatrie bisher nicht beschäftigte, wird die Schrift wertvolle Aufklärung geben, besonders, wenn er einen Vergleich zieht zwischen den Zuständen, wie sie früher herrschten und dem heutigen Stande der Irrenbehandlung und -pflege, wie sie in *Kötschers* Buche ausführlich geschildert ist. Es wäre zu wünschen, daß das Buch eine möglichst große Verbreitung erführe.

Siemens (91) spricht über Mittel und Wege, wie die psychiatrische Wissenschaft die enormen Kosten verringern kann, die dem Staate durch die immer mehr zunehmende Anstaltsversorgung der Geisteskranken erwachsen. Um das Übel an der Wurzel zu fassen, plädiert er in ähnlichem Sinne, wie bereits *Dobrick* und andere vor ihm, für die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes, das sich mit der Erforschung der körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten befassen soll. Dabei wird besonders hingewiesen auf den Zusammenhang innersekretorischer Organe mit krankhaften Veränderungen auf körperlichem und geistigem Gebiet. Auf *Siemens*' Antrag beauftragte der Deutsche Verein für Psychiatrie seinen Vorstand, Schritte zu tun wegen Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes für die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten.

Im Auftrage und als Mitglied der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie bringt *Schroeder* (86) eine Zusammenstellung der Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Ärzte an den deutschen Heil- und Pflege-Anstalten für Psychischkranke, aus der deutlich hervorgeht, daß bei der überwiegenden Mehrzahl der Anstalten in den letzten Jahren wesentlich bessere und modernere Verhältnisse Platz gegriffen haben. Ausreichende Anfangsgehälter, Anrechnung von außerhalb zugebrachter ärztlicher Tätigkeit, lebenslängliche Anstellung mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung findet man jetzt bei den meisten öffentlichen Anstalten.

Roß (79) kritisiert die wirtschaftliche Lage des unteren Irrenpflegepersonals und verlangt zur Abhilfe vor allem höhere Löhne. Als Minimalsatz stellt er auf



für Pfleger 600 M., für Pflegerinnen 480 M.; Höchstbetrag 1200 M. bei Steigerungen um 60 M., für Krankenpflegerinnen 840 M. bei Steigerungen um 36 M. jährlich. Außerdem feste Anstellung nach vielleicht 10 Jahren.

Über das Recht der Irrenanstaltsärzte, die Korrespondenz ihrer Kranken zu überwachen, führt *von Ehrenwall* (25) eine Anzahl ärztlicher und juristischer Gutachten an, die er zum Teil aus Anlaß eines besonderen Falles eingeholt hat. Während die psychiatrischen Gutachter zu dem Schlusse kommen, daß ein derartiges Recht zweifellos besteht, gehen die Ansichten der Juristen auseinander. Von einer Seite wird Privatanstalten empfohlen, sich dieses Recht der Überwachung des Briefverkehrs der Kranken durch Festlegung in den Aufnahmebedingungen von vornherein zu sichern. Die bisher ergangenen richterlichen Entscheidungen haben für den Arzt entschieden, es wird aber der Rat gegeben, so lange das Gesetzbuch den Arzt nicht ausdrücklich vor Strafe schützt, die Erlaubnis zum Öffnen von Briefen in jedem einzelnen Falle ausdrücklich und ausschließlich von dem Vater oder Vormund oder sonstigen nächsten Angehörigen einzuholen.

Oppermann (68) unterzieht die Frage der Freiheitsberaubung im Hinblick auf die zwangsmäßige Internierung Geisteskranker in Anstalten und die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes einer Besprechung. Er kommt in Anlehnung an die Methode *Stammlers* zu den Ergebnissen: „Die Rechtmäßigkeit des ärztlichen Eingreifens ist darin zu finden, daß es angemessenes Verhalten, rechtes Mittel zu rechtem Zweck ist: wird der vernünftig geäußerte Wille des Kranken mißachtet, ohne daß durch die Entlassung voraussichtlich ein unverhältnismäßig großer Schade für ihn entstehen würde, so liegt eben darin, in der Mißachtung des Willens des Kranken, die Unangemessenheit des Verhaltens des Arztes. Wird dagegen der Kranke freigelassen, wo daraus eine schwere gesundheitliche Schädigung mit Sicherheit zu erwarten steht, so wäre es umgekehrt unrichtig und unangemessen, dem Willen des Kranken nachzugeben, und die Festhaltung kann hier unmöglich widerrechtlich sein.“

In den Hansestädten kann die Internierung eines Geisteskranken durch Klage im ordentlichen Rechtswege angefochten werden. Wie große Bedenken diese Art der Befassung der bürgerlichen Gerichte mit Irrensachen hat, zeigt ein von *Hartmann* (34) mitgeteilter Fall, in dem ein auf Grund des § 51 einer Anstalt überwiesener Sittlichkeitsverbrecher durch Anfechtung seiner Internierung beim Oberlandesgericht seine Entlassung erreichte, um kurz darauf von neuem in derselben Weise straffällig zu werden. *Hartmann* tritt der Auffassung entgegen, als ob die Irrensachen bei den Zivilgerichten besonders gut aufgehoben seien und gibt dem Verwaltungsrechtswege vor dem ordentlichen Rechtswege den Vorzug.

Schwalbe (88) erhebt im Anschluß an die Nauener Messerstecherei die Forderung: Schutz vor Geisteskranken! Nach dem Entwurf des neuen Strafgesetzbuches hat das Gericht anzuordnen, daß ein wegen Geisteskrankheit freigesprochener oder außer Verfolgung gesetzter Angeklagter, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt „verwahrt“ wird. Am besten wird dieser Aufgabe Rechnung getragen nicht in einer öffentlichen Irrenanstalt, sondern in Irrenstationen im Anschluß an Strafanstalten. Die Bestimmung

der Entlassungstermine solcher Kranken wird auch fernerhin Schwierigkeiten machen.

Weber (101) gibt eine zusammenfassende Darstellung aus der älteren und neueren Literatur über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker, und behandelt dabei Art und Zahl der in Betracht kommenden Individuen, jetzt geltende gesetzliche Bestimmungen und Verwaltungsmaßregeln, die jetzige Unterbringung, um dann auf die vielen Kritiken und Vorschläge einzugehen, die auf diesem Gebiete gemacht sind. Dabei bemerkt er zusammenfassend, daß allein geistig minderwertige, insoziale Individuen in keiner der vorhandenen, für Geisteskranke bestimmten Anstalten untergebracht werden können, während die moderne Irrenanstalt bezw. die mit ihr in Verbindung stehenden Verwahrungshäuser oder auch die Strafanstaltsadnexe mit dem größten Teile der ihr als gemeingefährlich oder aus dem Strafvollzug überwiesenen Kranken fertig wird. Für die Gruppe der geistigen Minderwertigkeit mit insozialen Neigungen oder Gemeingefährlichkeit muß eine Erweiterung der Gesetzgebung eintreten, wie sie in den Strafgesetzentwürfen der meisten Länder vorgesehen ist; zu ihrer Ausführung müssen entsprechende neuartige Einrichtungen, besonders sogenannte Zwischenanstalten verschiedener Art, beschafft werden. Alle zur Krankenbehandlung, Erziehung und Verwahrung dienenden Anstalten eignen sich nicht für den Strafvollzug auf längere Dauer, was bei den neuen Einrichtungen zu berücksichtigen wäre.

Aschaffenburg (3) hat die Ergebnisse einer Studienreise in seiner umfangreichen Veröffentlichung niedergelegt. Er beschränkt sich dabei nicht nur auf die interessante Schilderung des Beobachteten, sondern hat auch die gesetzgeberischen und statistischen Grundlagen mit in den Rahmen seiner Ausführungen einbezogen.

Es werden zunächst die Gesetzgebung und die speziellen Einrichtungen in Deutschland, besonders Preußen, dann in den übrigen europäischen Staaten besprochen, ferner allgemeine Fragen der Unterbringung gefährlicher Kranker, die Art der Unterbringung in den verschiedenen Anstalten und der Rechtsschutz der gefährlichen Geisteskranken. Seine Ausführungen gipfeln im folgenden: Der Kampf um die Rechtssicherheit richtet sich nicht gegen jeden verbrecherischen Geisteskranken, sondern nur gegen die gemeingefährlichen Geisteskranken. Die frühzeitige Erkennung der Erkrankung ist wichtig. Deshalb ist die sorgsamste Ausbildung aller derer, die mit Geisteskranken berufsmäßig in Berührung kommen, ein unbedingtes Erfordernis, besonders also der Untersuchungsrichter, Staatsanwälte, Strafrichter und Zivilrichter, aber auch der Gefängnisbeamten, der Gerichts- und Gefängnisärzte. Dazu komme eine regelmäßige Kontrolle aller Strafgefängnisse durch von der Gefängnisverwaltung unabhängige Irrenärzte. Unklare Fälle gehören in Beobachtungsabteilungen an Strafgefängnissen unter der Leitung unabhängiger Psychiater, jedoch nur zum Zwecke der Beobachtung, später ganz unter die Obhut der Irrenärzte. Die Zeit des Aufenthaltes in der Irrenanstalt ist entweder auf die Strafverbüßung anzurechnen oder es müssen die Kranken von der Reststrafe durch Begnadigung befreit werden. Für Behandlung und Verwahrung von Kranken sind die großen Kriminalanstalten sowie auch die Adnexe an Straf-



anstalten ungeeignet. Es empfiehlt sich die Verteilung aller gefährlichen und schwierigen Kranken auf alle zur Verfügung stehenden Anstalten, eventuell der Bau von besonderen gesicherten Häusern, möglichst in der Nähe von Universitäten. Bei den wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochenen oder außer Verfolgung gesetzten oder aus dem Strafvollzug in die Irrenanstalt verbrachten Kranken muß die Notwendigkeit der Einweisung und ebenso der Zeitpunkt der stets nur versuchsweise zu erlaubenden Entlassung von einem besonderen gerichtlichen Verfahren abhängig gemacht werden. In dringenden Fällen verfügt der Strafrichter die Internierung, die endgültige Entscheidung geschieht durch das Feststellungsverfahren, zweckmäßigerweise auch bei solchen Kranken, die sich innerhalb der Irrenanstalten als besonders gefährlich erweisen.

van der Torren (96) teilt kurz Einzelheiten vom Entwurf der neuen Psychopathengesetze für die Niederlande mit, die besonders bei der Bestrafung der Psychopathen Fortschritte bringen. Den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit hat das Gesetz nicht. Dafür ist dem Richter Gelegenheit gegeben, in der verschiedensten Weise auch die Psychopathen zu bestrafen. Es sind für diese besondere Strafen vorgesehen, Unterbringung in einem besonderen Strafgefängnis, Geldbuße, Verweis.

Auch *Schermers* (82) beschäftigt sich mit dem neuen niederländischen Gesetzentwurf für die Psychopathen. Er ist mit den Entwürfen im ganzen zufrieden, wünscht aber, daß für die Zwangspflege dem Arzte seitens des Juristen die gebührende Stelle eingeräumt werde.

Kalmus (44) bespricht den neuen Gesetzentwurf betr. die Irrenfürsorge in Österreich und macht Vorschläge zur Änderung. Die Irrenfürsorge in Österreich ist zurzeit absolut unzulänglich, sie ist weder quantitativ noch qualitativ ausreichend. Empfohlen wird weitgehende Staatsaufsicht, Änderung der Aufnahme- und Entlassungsbedingungen, Unterbringung krimineller Kranker in Adnexen von Strafanstalten, Errichtung von Beobachtungsstationen, besonders in Universitätsstädten.

Schweighofer (89) hält die Verquickung des Entmündigungsgesetzes mit den Fürsorgeeinrichtungen und deren Überwachung, wie sie in Österreich geplant werden, für gefährlich und schädlich und protestiert nachdrücklich besonders gegen die Aufstellung von Vertrauenspersonen und die gerichtliche Konstatierung des Geisteszustandes. Aus der Aufstellung von Vertrauenspersonen, die weder unparteiisch noch erfahren sind, sieht er eine Hydra von Konflikten erwachsen, die gerichtliche Konstatierung des Geisteszustandes wird in den meisten Fällen den Kranken mehr oder weniger schweren Schaden bringen, ohne daß damit etwas erreicht wird.

Juliusburger (43) bespricht kurz Einzelheiten des neuen badischen Irrengesetzes und wünscht, daß von seiten der beteiligten Kreise eine eingehende Besprechung der vorliegenden Fragen baldigst erfolge, und daß von irrenärztlicher Seite die notwendige Forderung eines einheitlichen Reichsirrengesetzes erhoben würde.

Die dänische Fürsorge für Schwachsinnige hat, wie von *Keller* (45) berichtet wird, eine neue Einrichtung zur Unterbringung von schwachsinnigen, für das Gemeinwesen gefährlichen Männern getroffen: die Insel Livö im Limfjord wurde



für zunächst 40 derartige Kranke, die mit Land- und Forstwirtschaft beschäftigt werden können, eingerichtet. Die Anstalt ist Herr der ganzen Insel, die als Filiale der alten *Keller*schen Anstalt in Brejning anzusehen ist. Die Insel ist 350 ha groß, mit abwechslungsreichem, kupiertem Terrain und bietet mit ihren Weiden, Waldungen und Heidearealen ein vortreffliches Arbeitsfeld; ein festes Haus ist nur zum vorübergehenden Gebrauch bestimmt.

Béla Révész (6) beschäftigt sich mit der Frage der Fürsorge für geisteskranke Soldaten im Felde. Im russisch-japanischen Kriege kam auf 250 russische Kämpfer 1 Geisteskranker, von den 275 geisteskranken russischen Offizieren litten mehr als ein Drittel an Alkoholpsychosen. Absolute Enthaltsamkeit von jedem geistigen Getränk ist deshalb im Kriege geboten. — Ferner werden Einzelheiten des psychiatrischen Dienstes im Felde kurz besprochen.

Nach *Behla* (5) lehren die Zahlen der Volkszählung und der ärztlichen Erfahrung, daß wir es mit einer wirklichen Zunahme der Geisteskranken zu tun haben, mit einer Zunahme, die verhältnismäßig weit größer ist als die Zunahme der Bevölkerung. Was Beruf und Geisteskrankheiten angeht, so weisen hohe Zahlen auf zunächst die Berufslosen, dann Industrie, Handel, die im häuslichen Dienst Beschäftigten, die Beamten und freien Berufe, zuletzt die Landwirtschaft. Von der einfachen Seelenstörung sehen wir mehr betroffen die Landwirtschaft als die Industrie, Handel, die häuslich Bediensteten, die Beamten und freien Berufe sowie die Berufslosen. Stets liefern die Frauen mehr Fälle. Bei der paralytischen Seelenstörung haben wir die höchsten Prozentsätze bei Handel und Verkehr, demnächst in der Industrie; niedriger stehen die Landwirtschaft und die andern Abteilungen. Bei den Beamten und freien Berufen fällt die starke Beteiligung der Männer auf. Hysterie ist bei dem weiblichen Geschlecht in allen Berufsarten stärker beteiligt als bei den Männern. Bei Tabes sind die starken Prozentsätze der Männer bei Handel und den Beamten sowie freien Berufen auffallend. Alkoholismus liefern erfahrungsgemäß am meisten die Männer, besonders die in wechselnder Lohnarbeit beschäftigten Personen beim Handel, der Industrie und Landwirtschaft, auch die Beamten und freien Berufe. Verf. rät zur Aufdeckung der Grundursachen der Geisteskrankheiten, um der weiteren Zunahme derselben wirksam entgegentreten zu können. Auch die Errichtung eines Institutes zur Erforschung der Gesetze der Vererbung wäre nach ihm durchaus am Platze.

Die Ausführungen *Mayers* (64) führen ihn zu folgenden Schlüssen: Die Hauptursachen von Geistes- und Nervenleiden, Alkoholismus und Lues, sind in den letzten Jahrzehnten nicht im Zunehmen. Dagegen scheint sich ein ungünstiger Einfluß der Kultur im allgemeinen stärker als früher geltend zu machen. Die Zunahme des Selbstmordes, die Zunahme der in Irrenanstalten und Krankenhäusern verpflegten Geisteskranken werden durch die ganze Lebensauffassung, durch die allgemein zurückgehende häusliche Krankenpflege im Gegensatze zur Anstaltsbehandlung beeinflußt und können also als Beweis einer zunehmenden Zahl von Geistes- und Nervenkrankheiten nicht gelten. Die im Heere seit 1874/75 zur Beobachtung gelangenden geistes- und nervenkranken Mannschaften haben nur wenig an Zahl zugenommen, die Zustände speziell geistiger Abnormität haben nur durch



Hinzurechnung der angeborenen Formen geistigen Defekts sich gesteigert. Alles in allem genommen, gewinnt man nach *Mayer* den Eindruck, „daß durch unsere Kultur, die speziell in Deutschland immer mehr die Landbevölkerung zurückdrängt, eine Überforderung des Nervensystems stattfindet, als Folge davon eine Schwächung, eine mangelnde Widerstandskraft gegen äußere Schädlichkeiten (Lues, Alkohol u. a.) entsteht; und die geschwächte Anlage scheint auch vererbt zu werden. Anderseits paßt sich das Nervensystem auch wieder gesteigerten Anforderungen an, so daß von kräftigen Naturen Leistungen des bis zum äußersten angespannten Nervensystems ausgeführt werden, wie es nur der moderne Mensch imstande sein dürfte, ohne daß dieselben nervös oder psychisch erkranken. Eine allgemeine nervöse Entartung dürfte danach nicht zu erwarten sein, wohl aber ein häufigeres Unterliegen der nervös Schwachen.“ Die Zunahme geistiger und nervöser Erkrankungen in Deutschland erklärt sich aus der raschen Umwandlung Deutschlands aus einem mehr landwirtschaftlichen Staat in einen Industriestaat.

Bei der statistischen Bearbeitung von fast 1 Million Rekrutenuntersuchungen in der Schweiz — seit 1883 — zeigt es sich, wie *Maier* (59) ausführt, daß der Prozentsatz der wegen psychischer Defekte Untauglichen im langsamen, aber stetigen Steigen begriffen ist, von 1,67 auf 2,15. Der Prozentsatz der wegen psychischer Defekte in den letzten 9 Jahren militäruntauglichen jungen Leute in der Schweiz beträgt 2,01%. Bei Erwachsenen ist die Häufigkeit psychischer Störungen ca. 2¼—2½ %, d. h. es käme 1 psychisch Abnormer auf ca. 40—50 Gesunde.

Roemer (78) teilt ein statistisches Schema mit, das zwischen der psychiatrischen Klinik Heidelberg und den Heil- und Pflege-Anstalten Illenau und Wiesloch vereinbart ist, um den Versuch zu machen, die absolut unzulängliche Reichsmedizinalstatistik durch eine zeitgemäße zu ersetzen. Die neue Diagnosentafel stellt die angeborenen Anlagen und konstitutionellen Zustände den erworbenen Zuständen gegenüber, denen sich die einzelnen Krankheitsformen unterordnen. Für eine allgemeine Statistik vereinfacht lautet die Einteilung: 1. Originär-paranoische Formen. a) Originär-paranoische Konstitution. b) Pathologische Entwicklungen: Querulantenwahn, Paranoia. 2. Manisch-depressives Irresein. a) Manisch-depressive Konstitution. b) Manisch-depressive Formen. 3. Andere psychopathische Formen: a) Psychopathische Konstitutionen. b) Pathologische Reaktionen. 4. a) Imbezillität. b) Idiotie. 5. Kretinismus. 6. Alkoholismus. 7. Morphinismus usw. 8. a) Dementia paralytica progressiva. b) Lues cerebri. 9. Psychosen bei andern Krankheiten der Zentralorgane. 10. Psychosen nach traumatischer, chemischer oder thermischer Gehirnschädigung. 11. Psychosen bei akuten, toxisch wirkenden Krankheiten. 12. Psychosen bei Erschöpfungen. 13. Dementia praecox: a) Jugendformen. b) Spätformen. 14. Epilepsie mit oder ohne Seelenstörung. 15. Senile und arteriosklerotische Prozesse. 16. Unklare Fälle. 17. Nicht geisteskrank und nicht psychopathisch. — Es wäre sehr zu begrüßen, wenn eine Einigung über ein allgemeingültiges Schema zustande käme, um dem jetzigen unbefriedigenden Zustande ein Ende zu machen.

*Jaeckel*s (40) interessante Ausführungen, die die Zahlen der Selbstmorde im Kreise Teltow in den letzten 101 Jahren bringen, führen zu den Schlüssen: „Um



Berlin bildet sich eine Zone stark erhöhter Selbstmordlichkeit, die ihren Ursprung in den außerörtlichen Selbstmördern von Berlin hat. Die Zone der außerörtlichen Selbstmordlichkeit von Berlin ist nun, wie der Vergleich der Selbstmordzahlen der Kreise Teltow und Niederbarnim zu bestätigen scheint, breiter und stärker oder schmäler und schwächer, je nach der landschaftlichen Lage und den Verkehrsverhältnissen. Die Tendenz zum Selbstmorde ist in Großstädten am stärksten, doch findet diese nie den reinen Zahlenausdruck wegen der Neigung der Selbstmörder, in der Umgegend das Leben zu endigen. Die außerörtlichen Selbstmorde einer Großstadt, also diejenigen Selbstmorde, die nicht am Wohnorte, sondern in der Umgebung zur Ausführung und statistischen Anschreibung gelangen, erhöhen die Selbstmordfrequenz der Umgebung und lassen die eigene Selbstmordlichkeit zu niedrig erscheinen."

Aus amerikanischen Irrenanstalten erzählt *Raecke* (74). Er berichtet über seine Eindrücke im Buffalo-States-Lunatic-Asylum, das bei einem Bestande von 1900 jährlich 400 Aufnahmen hat bei 11 Ärzten. Pflegepersonal 1 : 10. An einer Pflegerschule ein zweijähriger Kurs mit zwei Examina. Den Pflegern fehlt Pensionsberechtigung. Nur eine Verpflegungsklasse. Rekonvaleszentenheim für 15 Kranke. In Rochester mit 1000 Kranken und 300 Aufnahmen zahlreiche Nachtwachen, auch Doppelwachen. Alle Pfleger, die nicht Nachtwache haben, schlafen in einem besonderen Pflegerhause. Das Lunatic-Asylum auf Wards Island hat 4500 Kranke, 1200 Aufnahmen. Auch hier nur eine Verpflegungsklasse, 55% auf öffentliche Kosten. Selbstzahler 3½—10 Dollar pro Tag. Personal 1 : 5. 22 Ärzte. Die Anstalt für Kriminelle in Matteawan hat ca. 800 Kranke, 80—100 Zugänge im Jahre. Personal 1 : 5. Gemeinsame Schlafsäle für 80—100 Kranke. Werkstättenarbeit, Landwirtschaft.

Auf Grund katamnestischer Daten von jugendlichen Rechtsbrechern befürwortet *Glueck* (31) deren Unterbringung, auf unbestimmte Zeit, in besonderen, unter ärztlicher Leitung stehenden Kolonien. Ihre Aufnahme und Entlassung soll von einem Kollegium von sachverständigen Ärzten und Juristen entschieden werden. (*Ganter.*)

Adam (1): Da es in Frankreich an Spezialanstalten fehlt, werden viele Kranke in Irrenanstalten gebracht, die eigentlich nicht dahin gehören. Um diese „mißbräuchlichen" Aufnahmen zu verhüten, schlägt Verf. vor, für imbezille, epileptische und anormale Kinder, ebenso für Erwachsene (Trunksüchtige usw.) eigene Anstalten zu errichten. Manche Epileptische, demente Greise usw. könnten auch in Familienpflege (besonders in Familien ehemaliger Pfleger) gegeben werden. Auch die koloniale Verpflegung käme vielfach in Betracht. Da die Errichtung von Sonderanstalten noch in weiter Ferne liegt, sollten die gewöhnlichen Krankenhäuser besondere Abteilungen haben zur vorläufigen Aufnahme akuter und chronischer Fälle. Ebenso sollten die Irrenanstalten eine besondere Aufnahmestation für solche Fälle besitzen, von wo aus die Kranken dann in die für sie passende Pflege gegeben werden könnten. Diese Aufnahmen sollten ohne alle juristischen Formalitäten bewerkstelligt werden können, die nur dann Platz greifen sollten, wenn der Kranke einer Irrenanstalt überwiesen werden muß. (*Ganter.*)



Briggs (12): In Massachusetts werden die Fälle von Delirium tremens ins Gefängnis gesteckt, statt daß sie einer Irrenanstalt übergeben werden. (*Ganter.*)

Marie (62) behandelt die unselbständige Stellung der Assistenzärzte an den französischen Irrenanstalten. Er fordert selbständige Stellung und Verantwortlichkeit. (*Ganter.*)

Orr (69) bespricht die ungünstige soziale Lage der englischen Assistenzärzte. Auf einen Arzt kommen oft 500 Kranke. Er hat keine selbständige, gesetzlich geregelte Stellung, zum Zölibat verurteilt, keine Aussicht auf Vorwärtskommen, er ist meist nach zehnjähriger Dienstzeit nicht weiter als im Beginn, auch mit demselben Gehalt von 3000 M. (*Ganter.*)

Wahl (100): Kurze geschichtliche Skizze über die im 18. Jahrhundert zu Pontorson bei Caen von den Brüdern vom hl. Johannes von Gott errichteten, nur zur Aufnahme von bessergestellten Kranken bestimmten Irrenanstalt. Die Aufnahme erfolgte entweder durch richterliche Verfügung oder durch eine „lettre de cachet". Bei widerspenstigen Kranken fanden Zwangsmittel Anwendung, irgendeine Kontrolle über die Anstalt gab es nicht. (*Ganter.*)

Weeks (102): Der Staat New Yersey errichtete 1898 eine besondere Anstalt für Epileptische. Seit 1910 hat die Anstalt eine Dame angestellt, die die Erblichkeitsverhältnisse der Kranken an Ort und Stelle erkunden soll. Über 17 294 Individuen liegen bis jetzt Erfahrungen vor. (*Ganter.*)

Daniel (20): In dem Hanwell- Asylum wurden 1909 und 1910 810 Kranke (394 M. 416 Fr.) aufgenommen. Von diesen konnte in 585 Fällen (282 M. 303 Fr.) die Vorgeschichte erhoben und nachgewiesen werden, daß 250 (121 M. 129 Fr.) = 42,7% erblich belastet waren. In 86 Fällen rührte die Belastung von den Eltern her, und zwar 36 mal von Vaters- und 50 mal von Muttersseite. Weitere Untersuchungen ergaben, daß nur ungefähr in 12 Fällen durch Sterilisation der Eltern die Geisteskrankheit hätte verhütet werden können. Von den in den genannten Jahren als geheilt entlassenen Kranken würde die Sterilisation nur in etwa 6 Fällen oder in 1,5% der Aufnahmen die weitere Übertragung der Krankheit zu verhüten imstande sein. Mithin verspricht sich Verf. nicht viel von der Sterilisierung der Geisteskranken, um nennenswert ihre Zahl zu vermindern, er ist mehr für die Absonderung. Schließlich hält Verf. es für unlogisch, nur die Geisteskranken in Rechnung zu setzen und die Gewohnheitsverbrecher, Imbezillen, Epileptiker und andere Degenerierten sich fortpflanzen zu lassen. (*Ganter.*)

Corson (18): In die Anstalt der Grafschaft Buckingham wurden von 1900 bis 1910 1131 Kranke (551 M. u. 580 Fr.) aufgenommen. Davon waren erblich belastet 31,8% (27,4% M. u. 36% Fr.). Bei Ausschluß der progr. Paralyse, der org. Hirnkrankheiten und der Dem. sen. zeigte sich erbliche Belastung in 36,8% (32,3% M. 40,7% Fr.). Das manisch-depressive Irresein stellte 38,6% Belastung, das halluzin. Irresein 34,8%, die Dem. praecox 51%, das epilept. Irresein 23%, die Idiotie 29,9%, die progressive Paralyse 21,3%, die organ. Hirnkrankheiten 17,5%, die Dem. sen. 14%. Direkte väterliche und kollaterale Belastung fand sich in 52,8%, direkte mütterliche und kollaterale in 42,4% doppelseitig in 4,8%. Ferner ergab sich, daß die Frauen häufiger belastet waren als die Männer, zieht



man aber die progr. Paralyse, die organ. Hirnkrankheiten und die Dem. sen. ab, dann ist es umgekehrt. Die Geisteskrankheit überträgt sich häufiger von der Mutter auf die Töchter als vom Vater auf die Söhne. Bei Belastung des geisteskranken Sohnes vom Vater erkranken eher die übrigen männlichen Familienglieder als die weiblichen, und umgekehrt bei Belastung auf der weiblichen Seite. Bei erblicher Belastung kommt die Krankheit in einem früheren Alter zum Ausbruch als ohne diese. Erbliche Belastung vermehrt die Neigung zu Rückfällen. Die Rückfälle kommen bei weiblichen Kranken häufiger vor als bei männlichen. Die gleichartige Vererbung fand sich fast zweimal so oft als die ungleichartige (bes. auffallend beim man.-depr. Irresein). Den Schluß bilden Stammbäume. (*Ganter.*)

II. Anstaltsberichte.

108. Aargauischer Hilfsverein für arme Geisteskranke. 15. Bericht. (S. 385*.)
109. Allenberg (Ostpr.), Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Dubbers.* (S. 349*.)
110. Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg. Bericht für 1911. Oberarzt: Dr. *Kellner.* (S. 363*.)
111. Alt-Scherbitz, Landes-Heil- u. Pflege-Anstalt. Bericht für die Jahre 1908—1912. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Paetz.* (S. 369*.)
112. Bayreuth, oberfränkische Heil- u. Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Hock.* (S. 371*.)
113. Bergmannswohl, Unfallnervenheilanstalt. Ber. f. 1911. Chefarzt: Dr. *Quensel.* (S. 370*.)
114. Brandenburgischer Provinzialausschuß, Auszug aus dem Verwaltungsbericht vom 10. Februar 1912. (S. 350*.)
115. Brandenburgischer Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde. Bericht für 1911. Eberswalde 1911. (S. 385*.)
116. Breslau, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Hahn.* (S. 355*.)
117. Brieg, Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Petersen.* (S. 355*.)
118. Brünn, Mährische Landesirrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Med.-Rat Dr. *Hellwig.* (S. 376*.)



119. Buch, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Richter*. (S. 351*.)
120. Bunzlau, Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Neisser*. (S. 355*.)
121. Burghölzli, Züricherische kantonale Irrenheilanstalt. Bericht für 1911. (S. 378*.)
122. Cery, Rapport annuel de l'asile de Cery pro 1911. (S. 383*.)
123. Conradstein, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Kroemer* †. (S. 349*.)
124. Dalldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht für 1911. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Sander*. (S. 351*.)
125. Dösen, Heilanstalt der Stadt Leipzig. Bericht für 1911. Dir.: Ober-Med.-Rat Dr. *Lehmann*. (S. 370*.)
126. Dziekanka, Provinzialirrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Kaiser*. (S. 353*.)
127. Eglfing bei München, Oberbayerische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Med.-Rat Dr. *Vocke*. (S. 372*.)
128. Eichberg, Landes-Heil- u. Pflege-Anstalt im Rheingau. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Wachsmuth*. (S. 366*.)
129. Ellen bei Bremen, St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Delbrück*. (S. 363*.)
130. Ellikon a. d. Thur, Trinkerheilstätte. Jahresbericht für 1911. (S. 382*.)
131. Feldhof zu Graz, Steiermärkische Landes-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Sterz*. (S. 377*.)
132. Freiburg i. Schles., Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Buttenberg*. (S. 356*.)
133. Friedmatt, Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Prof. Dr. *Wolff*. (S. 379*.)
134. Friedrichsberg, Irren-Heil- und Pflegeanstalt des hamburgischen Staates. Bericht für 1911. Dir.: Prof. Dr. *Weygandt*. (S. 363*.)
135. Gabersee, Oberbayerische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Drees*. (S. 372*.)
136. Gehlsheim, Großh. mecklenb. Irren-Heil- und Pflege-



Anstalt bei Rostock. Bericht für 1911. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schuchardt*. (S. 362*.)

137. Göttingen, Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *A. Cramer* †. (S. 359*.)
138. Hall i. Tirol, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1905—1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Offer*. (S. 377*.)
139. Haus Schönow, Heilstätte für Nervenkranke in Zehlendorf bei Berlin. Bericht für 1911. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr*. (S. 352*.)
140. Herborn, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Rich. Snell*. (S. 367*.)
141. Herzberge, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht für 1911. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli*. (S. 351*.)
142. Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht für 1911. (S. 385*.)
143. Hildesheim, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Gerstenberg*. (S. 360*.)
144. Isenwald, Stift bei Gifhorn. Bericht für 1910/11. (S. 362*.)
145. Kaufbeuren, Bayerische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Prinzing*. (S. 372*.)
146. Königsfelden (Aargau), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Fröhlich*. (S. 381*.)
147. Kortau (Ostpr.), Provinzial- Heil-und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat. Dr. *Stoltenhoff*. (S. 349*.)
148. Kosten (Posen), Provinzial-Irren- und Idioten-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Scholz*. (S. 354*.)
149. Kremsier, Mährische Kaiser Franz Josef I.-Heilanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Narret*. (S. 376*.)
150. Kreuzburg (Schlesien), Provinz.-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Schubert*. (S. 356*.)
151. Kutzenberg, Oberfränkische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Kolb*. (S. 371*.)
152. Langenhagen, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Völker*. (S. 360*.)
153. Langenhorn, Irren-Heil- und Pflege-Anstalt des hamburgischen Staates. Bericht für 1911. Dir.: Prof. Dr. *Neuberger*. (S. 363*.)



154. L e u b u s (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Alter*. (S. 356*.)
155. L e w e n b e r g (Schwerin i. M.), Großh. Heil- und Pflege-Anstalt für geisteskranke Kinder. Bericht für 1911. Dir.: Med.-Rat Dr. *Jenz*. (S. 362*.)
156. L i n d e n h a u s bei Lemgo, Fürstl. lippische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *W. Alter*. (S. 367*.)
157. L ü b b e n , Brandenburgische Idioten-Anstalt. Bericht bis zum Jahre 1911. (S. 352*.)
158. L ü b e n (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Simon*. (S. 357*.)
159. L ü n e b u r g , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell*. (S. 360*.)
160. L u z e r n , Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern. 1911. (S. 385*.)
161. M a r i a b e r g (Württemberg), Heil- und Pflege-Anstalt für Schwachsinnige. Bericht für 1911/12. (S. 374*.)
162. M ü n s t e r l i n g e n (Thurgau), Kantonale Irrenheilanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Brauchli*. (S. 380*.)
163. N e u s t a d t i. Holstein, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Dabelstein*. (S. 358*.)
164. N e u s t a d t i. Westpr., Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas*. (S. 350*.)
165. N i e d e r ö s t e r r e i c h , Landesirrenanstalten. Jahresbericht für 1909/10 von *Bielolahwek*. Wien 1910. (S. 376*.)
166. O b r a w a l d e , Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Dluosch*. (S. 354*.)
167. O s n a b r ü c k , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider*. (S. 361*.)
168. O w i n s k , Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Werner*. (S. 354*.)
169. P e n n s y l v a n i a training-school for feeble-minded children. 59. Jahresbericht. 1910/11. (S. 384*.)
170. P r é f a r g i e r , Maison de santé. 62. rapport annuel. Dir.: Dr. *Dard*. (S. 383*.)
171. R h e i n p r o v i n z , Bericht über die Heil- und Pflege-Anstalten für 1911. (S. 368*.)



172. **Rheinprovinz**, Hilfsverein für Geisteskranke. Jahresbericht für 1911. (S. 385*.)

173. **Rockwinkel**, Heilanstalt bei Bremen. Bericht für 1911. Besitzer und Leiter: Dr. *W. Benning*. (S. 364*.)

174. **Roda**, Herzogliches Genesungshaus, Irren-Heil- und Pflege-Anstalt für Sachsen-Altenburg. Bericht für 1911. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 371*.)

175. **Roda**, Herzoglich sächsisches Martinshaus, Idiotenanstalt für Knaben von 6 bis 12 Jahren. Bericht für 1911. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 370*.)

176. **Rosegg** (Solothurn), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *L. Greppin*. (S. 379*.)

177. **Rufach**, Bezirks-Heil- und Pflege-Anstalt für Geisteskranke. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Groß*. (S. 375*.)

178. **Saargemünd**, Lothringische Bezirks-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Geh. San.-Rat. Dr. *Dittmar*. (S. 374*.)

179. **Sachsenberg**, Großh. mecklenb. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Schwerin i. M. Bericht für 1911. Dir.: Ob.-Med.-Rat Dr. *Matusch*. (S. 362*.)

180. **Santiago** (Chile), Movimiento de la casa de Orates de Santiago en el año 1910. (S. 384*.)

181. **Schleswig**, Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir : Prof. Dr. *Kirchhoff*. (S. 358*.)

182. **Schwetz**, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen*. (S 350*.)

183. **Scotland**, 54. annuel raport of the general Board of commissioners in lunacy for Scotland. 1911. (S. 383*.)

184. **Sigmaringen**, Fürst Carl-Landesspital. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Longard*. (S. 371*.)

185. **Sonnenhalde** bei Riehen (Kanton Basel), evangelische Heilanstalt für weibliche Gemütskranke. Bericht für 1911/12. Dir.: Dr. *Bach*. (S. 380*.)

186. **Stephansfeld**-Hördt, Elsässische Bezirks-Irrenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Rauschoff*. (S. 375*.)

187. **Stetten** i. Remstal (Württemberg), Heil- und Pflege-Anstalt



für Schwachsinnige und Epileptische. Bericht für 1911/12. Oberarzt: Dr. *Schott.* (S. 374*.)

188. St. Pirminsberg, Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Haeberlin.* (S. 381*.)

189. St. Urban, Kantonale Irrenanstalt Luzern. Bericht für 1910 und 1911. (S. 382*.)

190. Tannenhof, Evangelische Heil- und Pflege-Anstalt bei Lüttringhausen (Rheinland). Bericht für 1911/12. Dir.: Dr. *Beelitz.* (S. 369*.)

191. Tapiau, Ostpreußische Landespflegeanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Havemann.* (S. 349*.)

192. Tost (Oberschlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Schütze.* (S. 357*.)

193. Ückermünde, Pommersche Provinzial-Heilanstalt. 6. Bericht von 1905—1911. Dir.: Dr. *Encke.* (S. 352*.)

194. Waldau, Münsingen, Bellelay, Bernische kantonale Irrenanstalten. Bericht für 1911. Dir.: Prof. Dr. *von Speyer*, Dr. *Glaser*, Dr. *Hiss.* (S. 378*.)

195. Waldhaus, Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Jörger.* (S. 382*.)

196. Wehnen, Großh. oldenburgische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1911. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer.* (S. 364*.)

197. Weilmünster, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1911. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beninga.* (S. 366*.)

198. Wernigerode, Erziehungshaus für schwach- und blödsinnige Mädchen. 1911. (362*.)

199. Westfalen, Berichte der Direktoren der Provinzial-Heilanstalten zu Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Warstein, Eickelborn für das Jahr 1910. (364*.)

200. Wil, Kantonales Asyl (St. Gallen). Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Schiller.* (S. 380*.)

201. Wuhlgarten, Berliner städt. Anstalt für Epileptische. Bericht für 1911. Dir.: Dr. *Hebold.* (S. 352*.)

202. Württemberg, Bericht über die im Königreich bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische für 1910. Herausgegeben vom Kgl.



Medizinalkollegium. Stuttgart 1912. W. Kohlhammer. (S. 373*.)

203. **Württemberg**, 9. Rechenschaftsbericht des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg. (S. 385*.)

204. **Würzburg**, Psychiatrische Klinik. 4. Bericht vom Jahre 1911. Dir.: Prof. Dr. *Rieger*. (S. 373*.)

In den ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau befanden sich am 31. Dez. 1911 insgesamt 3131 Kranke (1523 M. 1608 Fr.), 46 mehr als im Vorjahre. Davon waren in Familienpflege 146, und zwar in Allenberg 82 (44 M. 38 Fr.), in Kortau 51 (29 M. 22 Fr.), in Tapiau 13 (6 M. 7 Fr.).

Allenberg (109) begann das Berichtsjahr mit 943 (466 M. 477 Fr.). Zugang 413 (204 M. 209 Fr.). Abgang 420 (213 M. 207 Fr.). Bleibt Bestand 936 (457 M. 479 Fr.). Den 413 Neuaufnahmen steht eine Zahl von 24 als genesen Entlassenen = 5,8% gegenüber. Verstorben sind 7,8% der Verpflegten. Beschäftigt waren 65% der Kranken.

Kortau (147) hatte einen Anfangsbestand von 956 (421 M. 535 Fr.). Zugang 392 (215 M. 77 Fr.). Abgang 365 (202 M. 163 Fr.). Bleibt Bestand 983 (434 M. 549 Fr.). Den 392 Neuaufnahmen steht eine Zahl von 26 als genesen Entlassenen = 6,63% gegenüber. Verstorben sind 5.86% der Verpflegten. 1 Suizid.

Aus der Landespflegeanstalt Tapiau (191) sind im Berichtsjahre teils durch Tod, teils durch Entlassung 94 Personen ausgeschieden. 121 Kranke wurden aus den beiden andern Anstalten nach Tapiau überführt. In der Pflegeanstalt für gewalttätige geisteskranke Männer wurden 67 Kranke verpflegt.

Conradstein (123): Anfangsbestand 1473 (774 M. 699 Fr.). Zugang 90 (51 M. 39 Fr.). Abgang 241 (125 M. 116 Fr.). Bleibt Bestand 1322 (700 M. 622 Fr.), davon 133 in Familienpflege. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 67 (32. M. 35 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 9 (8 M. 1 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 6 (4 M. 2 Fr.), an angeborener Geistesschwäche 1 Fr., an Alkoholismus 4 M., zur Beobachtung 3 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 32, bis zu 2 Monaten bei 4, bis zu 3 Mon. bei 7, bis zu 6 Mon. bei 4, bis zu 1 Jahr bei 7, 2 und mehr bei 36. Krankheitsursache war Unfall und Kopfverletzung bei 6 (4 M. 2 Fr.), Syphilis bei 6 M., Trunksucht bei 13 (12 M. 1 Fr.), Infektionskrankheiten bei 2 Fr., Überanstrengung, Erschöpfung bei 2 M., Heredität bei 39 (21 M. 18 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 15 (13 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 22 (13 M. 9 Fr.), gebessert 70 (37 M. 33 Fr.), ungeheilt 19 (9 M. 10 Fr.). Gestorben 130 (66 M. 64 Fr.), davon an Lungenschwellung und Lungenentzündung 25 (12 M. 13 Fr.), an Lungenschwindsucht 27 (11 M. 16 Fr.), Bauchfellentzündung und Typhus 29 (16 M. 13 Fr.). — Schwere Typhusepidemie (198 Fälle) bei Geisteskranken, Pflegepersonen und Angestellten mit 32 Todesfällen. Als Ursache kommen wahrscheinlich mehrere Quellen in Betracht, ein Teil wurde wohl von außen eingeschleppt. Die mehrfachen Untersuchungen, die zum Teil an Ort und Stelle in einem neu eingerichteten Laboratorium vorgenommen wurden, ergaben im ganzen



56 Bazillenträger und Dauerausscheider; Isolierung der Keimträger. Behandlung der Typhuskranken mit einem Serum der Höchster Farbwerke, ein sicheres Urteil über die Wirkung desselben kann nicht abgegeben werden.

Neustadt (Westpreußen) (164): Anfangsbestand 569 (299 M. 270 Fr.). Zugang 180 (78 M. 102 Fr.). Abgang 145 (76 M. 69 Fr.). Bleibt Bestand 604 (301 M. 303 Fr.), davon 50 in Familienpflege. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 127 (39 M. 88 Fr.), paralyt. Seelenstörung 19 (15 M. 4 Fr.), Epilepsie, Hysteroepilepsie 3 (1 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 12 (6 M. 6 Fr.), Alkoholismus 12 (10 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank waren 7 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 28, bis zu 2 Monaten bei 14, bis zu 6 Monaten bei 27, bis zu 1 Jahr bei 21, bis zu 2 und mehr Jahren bei 83. Als Krankheitsursache ist angegeben Wochenbett und Schwangerschaft 2 mal, Syphilis 9 mal, Trunksucht 12 mal, Greisenalter 9 mal, Unfall 1 mal, Einzelhaft 4 mal. Heredität bei 60 (21 M. 39 Fr.) der Aufgenommenen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 31 (24 M. 7 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 St.-Pr.-O. 9 Personen. Entlassen 98 (50 M. 48 Fr.), davon geheit 23 (5 M. 18 Fr.), gebessert 34 (15 M. 19 Fr.), ungeheilt 31 (20 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 10 M. Gestorben 47 (26 M. 21 Fr.), davon an Lungen- und Darmtuberkulose 10 (4 M. 6 Fr.), Suizid 1 M. Gesamtausgabe 390 029,57 M.

Schwetz (182): Anfangsbestand 767 (410 M. 357 Fr.). Zugang 301 (163 M. 138 Fr.). Abgang 179 (105 M. 74 Fr.). Bleibt Bestand 889 (468 M. 421 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 187 (83 M. 104 Fr.), paralyt. Seelenstörung 24 (20 M. 4 Fr.), Imbezilität 22 (16 M. 6 Fr.), Idiotie 27 (11 M. 16 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 12 (10 M. 2 Fr.), Hysterie 3 Fr., Alkoholismus 11 (10 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung 15 (13 M. 2 Fr.). An Dementia praecox litten 83 (45 M. 38 Fr.), manisch-depressivem Irresein 8 (2 M. 6 Fr.), an halluzinatorischer Verrücktheit 44 (20 M. 24 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 42 (22 M. 20 Fr.), 1—6 Monate bei 56 (34 M. 22 Fr.), 6—12 Monate bei 16 (9 M. 7 Fr.), 1—2 Jahre bei 22 (13 M. 9 Fr.), die übrigen länger als 2 Jahre, unbestimmt bei 42 (19 M. 23 Fr.), von Jugend an bei 28 (16 M. 12 Fr.). Heredität bei 100 (56 M. 44 Fr.). Als Krankheitsursachen sind angegeben Kopfverletzung bei 8, Senium bei 16, psychische Erregung bei 21, Alkoholmißbrauch bei 25, Lues bei 13, erbliche Belastung bei 30. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 54 (43 M. 11 Fr.). Entlassen geheilt 11 (4 M. 7 Fr.), gebessert 43 (30 M. 13 Fr.), ungeheilt 27 (12 M. 15 Fr.). Gestorben 75 (39 M. 36 Fr.) = 7,02% aller verpflegten Kranken, davon an Hirnlähmung 12, an Tuberkulose 10, Selbstmord 1. Gesamtausgabe 442 952,64 M.

In der Provinz Brandenburg ist laut Auszug aus dem Verwaltungsbericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses vom 10. Februar 1912 (114) der Bestand der Anstalten an Geisteskranken, Idioten und Epileptischen seit dem Vorjahre um 355 gestiegen,. Die Anstalten sind am Ende des Berichtsjahres wieder an der Grenze ihrer Aufnahmefähigkeit angelangt und auf einzelnen Abteilungen überbelegt. Die Familienpflege hatte einen Anfangsbestand von 340, Zugang 202, Abgang 168, Schlußbestand 374 (185 M. 189 Fr.). Die Gesamtdurchschnittsdauer der Anstaltspflege eines entlassenen Kranken betrug 398 bezw. 506



Tage. Von den Entlassenen zeigen die epileptischen Männer und Frauen die längste durchschnittliche Dauer des Anstaltsaufenthaltes; ebenso bedürfen die Idioten und Imbezillen längerer Anstaltspflege. Dagegen währt der Aufenthalt der Paralytiker in den Anstalten im Durchschnitt wenig mehr als ein Jahr. Von der Anwendung des Salvarsans bei Paralyse sind keine Erfolge zu berichten. Von 44 Epileptikerinnen reagierten 20%, von 33 Fürsorgezöglingen 25% nach Wassermann positiv; alles Fälle, bei denen sonst die Diagnose auf Lues kaum gestellt worden wäre. Gemäß § 81 St.-P.-O. wurden 30 Personen aufgenommen, von denen 14 geisteskrank waren.

Dalldorf (124): Anfangsbestand 3191 (1740 m. 1451 w.). Zugang 1161 (777 m. 384 w.). Abgang 1250 (835 m. 415 w.). Bleibt Bestand 3102 (1682 m. 1420 w.). Davon befanden sich in der Hauptanstalt 1102 (633 m. 469 w.), in der Idiotenanstalt 168 (109 m. 59 w.), in Privatanstalten 1449 (728 m. 721 w.), in Familienpflege 383 (212 m. 171 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 433 (207 m. 226 w.), an paralytischer Seelenstörung 162 (124 m. 38 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 41 (23 m. 18 w.), an Idiotie und Imbezillität 181 (102 m. 79 w.), an chronischem Alkoholismus 307 (290 m. 17 w.), nicht geisteskrank war 1 w. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 263 (248 m. 15 w.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 374 (351 m. 23 w.). Entlassen geheilt oder gebessert 681 (450 m. 231 w.), ungeheilt 221 (162 m. 59 w). Gestorben 312 (193 m. 119 w.), davon an Herzschwäche 96 (53 m. 43 w.), Hirnkrankheiten 71 (57 m. 14 w.), Selbstmord 3 (2 m. 1 w.), Tuberkulose 16 (9 m. 7 w.).

Herzberge (141): Anfangsbestand 1754 (1005 m. 749 w.). Zugang 2392 (1870 m. 522 w.). Abgang 2420 (1921 m. 499 w.). Bleibt Bestand 1726 (954 m. 772 w.), davon in der Hauptanstalt 1190 (690 m. 500 w.), in Privatanstalten 400 (180 m. 220 w.), in Familienpflege 136 (84 m. 52 m.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 1755 (1405 m. 350 w.), an paralyt. Seelenstörung 152 (113 m. 39 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 190 (163 m. 27 w.), an Idiotie und Imbezillität 77 (54 m. 23 w.). Zur Beobachtung kamen 41 (38 m. 3 w.). Nicht geisteskrank war 1 m. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 1171 (1129 m. 42 w.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 1181 (1135 m. 46 w.). Entlassen als geheilt oder gebessert 1493 (1340 m. 153 w.), ungeheilt 502 4340 m. 162 w.). Gestorben sind 223 (99 m. 124 w.), davon an Altersschwäche 51 (4 m. 47 w.), an Herzschwäche 39 (31 m. 8 w.), an Hirnkrankheiten 37 (33 m. (4 w.), an Tuberkulose 6 (3 m. 3 w.).

Buch (119): Anfangsbestand 2195 (1116 m. 1079 w.). Zugang 1328 (904 m. 424 w.). Abgang 1264 (860 m. 404 w.). Bleibt Bestand 2259 (1160 m. 1099 w.), davon in der Hauptanstalt 1697 (893 m. 804 w.), in Privatanstalten 464 (224 m. 240 w.), in Familienpflege 98 (43 m. 55 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 510 (241 m. 269 w.), an paralyt. Seelenstörung 210 (155 m. 55 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 94 (44 m. 50 w.), an Idiotie und Imbezillität 123 (84 m. 39 w.), an chron. Alkoholismus 354 (344 m. 10 w.). Zur Beobachtung des Geisteszustandes kamen 37 (36 m. 1 w.). Vom Zugang waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 550 (518 m. 32 w.), gewohnheits-



mäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 447 (432 m. 15 w.). Entlassen als geheilt oder gebessert 713 (527 m. 186 w.), ungeheilt 224 (116 m. 108 w.). Gestorben 292 (183 m. 109 w.), davon an Herzschwäche 105 (64 m. 41 w.), an Hirnkrankheiten 44 (29 m. 15 w.), an Tuberkulose 32 (17 m. 15 w.), an Selbstmord 1 m., im paralytischen Anfall 23 (19 m. 4 w.). 13 Fälle von Erysipel, darunter 1 Todesfall. 64 Patienten erkrankten an bazillärer Ruhr, 4 davon starben.

Wuhlgarten (201): Anfangsbestand 1115 (557 m. 558 w.). Zugang 864 (717 m. 147 w.). Abgang 852 (700 m. 152 w.). Bleibt Bestand 1127 (574 m. 553 w.), davon in der Hauptanstalt 1156 (648 m. 508 w.), in der Idiotenanstalt 97 (66 m. 31 w.), in Privatanstalten 258 (245 m. 13 w.), in Familienpflege 16 (15 m. 1 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 17 (12 m. 5 w.), an paralyt. Seelenstörung 8 m., an Seelenstörung mit Epilepsie 686 (561 m. 125 w.), an Seelenstörung mit Hysterie 64 (50 m. 14 w.), an Idiotie und Imbezillität 31 (28 m. 3 w.), an chron. Alkoholismus 58 m. Bestraft waren von den Männern $68^{3}/_{5}\%$, von den Frauen $3^{3}/_{5}\%$. Erbliche Belastung, hauptsächlich Abstammung von trunksüchtigen Eltern, konnte bei den an Epilepsie, Hysterie und Hystero-Epilepsie leidenden Kranken nachgewiesen werden bei 340 Männern ($61^{4}/_{5}\%$), 25 Frauen ($23^{4}/_{5}\%$), 12 Knaben ($54\frac{1}{2}\%$), 1 Mädchen ($11^{1}/_{10}\%$). Entlassen geheilt oder gebessert 732 (639 m. 93 w.), ungeheilt 42 (30 m. 12 w.). Gestorben sind 50 (23 m. 27 w.), davon an Hirnkrankheiten 7 (6 m. 1 w.), an Lungenentzündung 23 (11 m. 12 w.), an Tuberkulose 6 (4 m. 2 w.), im epileptischen Anfall 12 (7 m. 5 w.). 1 Typhusfall, Ursache eine Bazillenträgerin.

„Haus Schönow" (139): Anfangsbestand 100 (59 M. 41 Fr.). Zugang 788 (481 M. 307 Fr.). Abgang 784 (474 M. 310 Fr.). Bleibt Bestand 104 (66 M. 38 Fr.). Vom Abgang litten an peripherischen Nerven- und Muskelkrankheiten 28 Fr., an organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems 59 (44 M. 15 Fr.), an Neurosen 594 (336 M. 258 Fr.), an Psychosen 86 (52 M. 34 Fr.), an inneren Krankheiten 17 (13 M. 4 Fr.). Geheilt bezw. gebessert entlassen 83% (83,9% M. 81,5% Fr.), ungebessert 17,0% (16,1% M., 5% Fr.). In der Poliklinik wurden 175 Kranke (107 M. 68 Fr.) behandelt, und zwar an peripherischen Nervenkrankheiten 5 (3 M. 2 Fr.), an organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems 13 (8 M. 5 Fr.), an Neurosen 78 (38 M. 40 Fr.), an Psychosen 57 (43 M. 14 Fr.), an inneren und äußeren Erkrankungen 22 (15 M. 7 Fr.).

Lübben (157) ist seit 1893 Idiotenanstalt. Der Bestand am 31. Dezember 1910 betrug 789 Kranke (345 m. 444 w.). Zugang 83 (44 m. 39 w.). Abgang 92 (46 m. 46 w.). Bleibt Bestand am 31. Dezembet 1911 780 (343 m. 437 w.). Insgesamt sind etwa 15% in der Anstalt mehr oder weniger gefördert. Die Zahl der arbeitenden Kranken beträgt bei den Männern 96, bei den Frauen 184 = rund 36% des Bestandes. In den letzten 10 Jahren sind von 471 Todesfällen 191 durch Tuberkulose verursacht = 40% gegenüber dem preußischen Staatsdurchschnitt von 9,5%. In Familienpflege befanden sich Ende 1911 30 Pfleglinge (14 m. 16 w.).

Ückermünde (193) berichtet über die Zeit vom 1. April 1905 bis zum 31. März 1911. Der Bestand stieg von 591 (288 M. 303 Fr.) im Jahre 1905 auf 731 (365 M. 366 Fr.) im Jahre 1910. Davon waren in Familienpflege 1905: 50 (8 M.



42 Fr.), 1910: 112 (45 M. 67 Fr.). Der Zugang betrug 1905: 158 (96 M. 62 Fr.), 1910: 156 (72 M. 84 Fr.). Abgang 1905: 127 (84 M. 43 Fr.), 1910: 127 (61 M. 66 Fr.), stieg in der Zwischenzeit auf höchstens 155. Vom Gesamtzugang der 6 Jahre litten an Idiotie und Imbezillität 39 (23 M. 16 Fr.), an Entartungsirresein 24 (13 M. 11 Fr.), an Epilepsie 39 (27 M. 12 Fr.), Hysterie 8 (3 M. 5 Fr.), Hebephrenie 107 (49 M. 58 Fr.), Katatonie 134 (63 M. 71 Fr.), Dementia paranoides 115 (49 M. 66 Fr.), manisch-depressivem Irresein 203 (79 M. 124 Fr.), Paranoia 16 (6 M. 10 Fr.), an senilen Störungen 71 (27 M. 44 Fr.), an arteriosklerotischem Irresein 32 (24 M. 8 Fr.), Dementia paralytica 121 (101 M. 20 Fr.), an Irresein bei andern organischen Erkrankungen 17 (9 M. 8 Fr.), an Alkoholismus 84 (74 M. 10 Fr.), Erschöpfungsirresein 5 (1 M. 4 Fr.), Morphinismus 3 (1 M. 2 Fr.), Gefängnis- und traumatischen Psychosen je 1. Als ätiologische Momente sind angegeben Heredität bei 410 (205 M. 205 Fr.), angeborene Abnormität bei 135 (68 M. 67 Fr.), Pubertät bei 86 (44 M. 42 Fr.), Klimakterium bei 25, Senium bei 94 (41 M. 53 Fr.), Lues bei 69 (55 M. 14 Fr.), Alkohol bei 144 (132 M. 12 Fr.), Trauma bei 37 (27 M. 10 Fr.), psychisches Trauma, Haft bei 35 (19 M. 16 Fr.), Wochenbett bei 42 bei einer Gesamtaufnahmeziffer von 1020 (551 M. 469 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 96 (50 M. 46 Fr.), 1—3 Monate bei 48 (15 M. 33 Fr.), 3—6 Monate bei 37 (15 M. 22 Fr.), 6—12 Monate bei 56 (27 M. 29 Fr.), 1—2 Jahre bei 47 (23 M. 24 Fr.), 2—5 Jahre bei 60 (37 M. 23 Fr.), bei den übrigen darüber. Geheilt oder gebessert entlassen 345 (179 M. 166 Fr.). Gestorben 354 (194 M. 160 Fr.), davon an Lungentuberkulose 68 (31 M. 37 Fr.), an Lungenentzündung 40 (26 M. 14 Fr.), an paralytischen Anfällen 18 M., Altersschwäche 33 (12 M. 21 Fr.), Marasmus paralyt. 49 (40 M. 9 Fr.), Selbstmord 4 (2 M. 2 Fr.). — Ein Haus für Herren erster Klasse wurde neu gebaut. Die Familienpflege wurde in einem Dorfe unter Leitung eines Arztes konzentriert, sie ist in den Berichtsjahren auf mehr als das Doppelte des Anfangsbestandes angewachsen. Von der Anstalt werden nur Kranke in die Familienpflege gegeben, die sich in der Zentralanstalt nicht beschäftigen, von ihnen beschäftigen sich etwa 50% in den Pflegefamilien. Zur Begutachtung kamen in den Berichtsjahren 25 Fälle. Den Beschluß des Berichtes bildet eine Abhandlung von *Halbey* über Chorea.

Dziekanka (126): Anfangsbestand 708 (380 M. 328 Fr.). Zugang 149 (73 M. 76 Fr.). Abgang 154 (91 M. 63 Fr.). Bleibt Bestand 703 (362 M. 341 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 119 (50 M. 69 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 (5 M. 2 Fr.), alkoholischer 8 M., epileptischer 5 (4 M. 1 Fr.), hysterischer Seelenstörung 3 (1 M. 2 Fr.), an Imbezillität und Idiotie 6 (4 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank 1 M. Von den frisch Aufgenommenen waren voraussichtlich heilbar 43 (21 M. 22 Fr.), unheilbar 105 (51 M. 54 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 31 (14 M. 17 Fr.), bis zu 2 Monaten bei 14 (7 M. 7 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 5 (2 M. 3 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 11 (4 M. 7 Fr.), bis zu 1 Jahr bei 15 (4 M. 11 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 17 (11 M. 6 Fr.), bei den übrigen, soweit bekannt, darüber. Heredität bei 58 (30 M. 28 Fr.) = 39%. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 14 (12 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung von Gerichts wegen 5 (4 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt 32 (20 M. 12 Fr.), gebessert 34 (24 M. 10 Fr.),



ungeheilt 37 (19 M. 18 Fr.). Gestorben 50 (27 M. 23 Fr.), davon an Tuberkulose 15 (4 M. 11 Fr.), Typhus 2 Fr. Eine Typhusepidemie, wahrscheinlich durch Bazillenträger veranlaßt, der 3 Patienten erlagen. Isolierung der Erkrankten und der Bazillenträger. Neu eingerichtet wurde die Anfertigung von Klöppelspitzen durch die Frauen und von Webearbeiten durch die Männer. — Gesamtausgabe 407 912,05 M.

Obrawalde (166): Anfangsbestand 882 (454 M. 428 Fr.). Zugang 139 (85 M. 54 Fr.). Abgang 135 (68 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 886 (471 M. 415 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 96 (53 M. 43 Fr.), an paralytischer 6 (5 M. 1 Fr.), an alkoholischer 3 M., an epileptischer 8 (5 M. 3 Fr.), an hysterischer Seelenstörung 3 Fr., an Imbezillität und Idiotie 20 (17 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank waren 3 (2 M. 1 Fr.). Es waren voraussichtlich heilbar 42 (27 M. 15 Fr.), voraussichtlich unheilbar 94 (56 M. 38 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 60 (16 M. 44 Fr.), bis 2 Monate 7 (3 M. 4 Fr.), bis 3 Monate 9 (8 M. 1 Fr.), bis 6 Monate 14 (5 M. 9 Fr.), bis 8 Monate 1 M., bis 12 Monate 6 (3 M. 3 Fr.), bis 2 Jahre 10 (7 M. 3 Fr.), die übrigen darüber. Erbliche Belastung bei 52 (30 M. 22 Fr.) der frisch Aufgenommenen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 31 (27 M. 4 Fr.). Zur Beobachtung nach § 81 Str.-Pr.-O. 6 (4 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 23 (19 M. 4 Fr.), gebessert 28 (14 M. 14 Fr.), ungeheilt 19 (8 M. 11 Fr.). Gestorben 62 (25 M. 37 Fr.), davon an Lungentuberkulose 14 (5 M. 9 Fr.), Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), Ruhr 1 Fr., Krebs 3 Fr. Der Prozentsatz der Todesfälle beträgt 6% der Verpflegten, die Tuberkulose steht mit 22% der Todesfälle an der Spitze der Todesursachen. Gesamtausgabe 452 930,76 M.

Kosten (148): Anfangsbestand 760 (397 M. 363 Fr.). Zugang 76 (51 m. 25 w.). Abgang 137 (59 m. 78 w.). Bleibt Bestand 699 (389 m. 310 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 13 (6 m. 7 w.), an Epilepsie und Hystero-Epilepsie 13 (9 m. 4 w.), Idiotie und Imbezillität 36 (26 m. 10 w.), Idiotie und Imbezillität mit Epilepsie 10 (8 m. 2 w.), nicht geisteskrank waren 4 (2 m. 2 w.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 2 (1 m. 1 w.), 1—6 Monate bei 2 m., 1—2 Jahre bei 1 m., mehr als 2 Jahre bei 57 (42 m. 15 w.). Heredität bei 24 (18 m. 6 w.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 17 (15 m. 2 w.). Trunksucht war bei 11 Männern als Krankheitsursache angegeben. Entlassen geheilt 4 (3 m. 1 w.), gebessert 12 (7 m. 5 w.), ungeheilt 73 (23 m. 50 w.). Gestorben 34 (23 m. 11 w.), davon an Typhus 1 m., Dysenterie 1 m., Paralyse 2 m., Tuberkulose 10 = 26,47% der Todesfälle. — Gesamtausgabe 360 901,82 M.

Owinsk (168): Anfangsbestand 750 (346 M. 404 Fr.). Zugang 216 (103 M. 113 Fr.). Abgang 218 (108 M. 110 Fr.). Bleibt Bestand 748 (341 M. 407 Fr.). Vom Zugang litten an Melancholie 10 (2 M. 8 Fr.), Manie 18 (6 M. 12 Fr.), Dementia praecox 42 (16 M. 26 Fr.), Paranoia 58 (22 M. 36 Fr.), Dementia paralytica 18 M., Alkoholismus 9 (7 M. 2 Fr.), Dementia senilis 13 (4 M. 9 Fr.), Imbezillität und Idiotie 16 (12 M. 4 Fr.). Von den Zugängen waren voraussichtlich heilbar 55 (25 M. 30 Fr.), nicht geisteskrank 4 M. Krankheitsdauer vor



der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 30 (10 M. 20 Fr.), 2 Monate bei 25 (16 M. 9 Fr.), 3 Monate bei 14 (6 M. 8 Fr.), 3—6 Monate bei 16 (8 M. 8 Fr.), 6—12 Monate bei 16 (8 M. 8 Fr.), 1—2 Jahre bei 23 (15 M. 8 Fr.), bei den übrigen darüber. Heredität bei 36 (17 M. 19 Fr.) = 16,7%. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 25 (20 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes 7 M. Entlassen geheilt 37 (18 M. 19 Fr.), gebessert 59 (27 M. 32 Fr.), ungeheilt 44 (31 M. 13 Fr.). Gestorben 74 (28 M. 46 Fr.), davon an Tuberkulose 13 (2 M. 11 Fr.), Dysenterie 1 Fr. Gesamtausgabe 390 608,11 M.

Breslau (116): Anfangsbestand 191 (101 M. 90 Fr.). Zugang 1069 (760 M. 309 Fr.). Abgang 1060 (763 M. 297 Fr.). Bleibt Bestand 200 (98 M. 102 Fr.). Vom Zugang litten an einfach erworbenen Psychosen 223 (118 M. 105 Fr.), davon an manisch-depress. Irresein 17 (7 M. 10 Fr.), an Katatonie 43 (26 M. 17 Fr.), Hebephrenie 57 (38 M. 19 Fr.), Paranoia 8 M., an konstitutionellen Psychosen 96 (57 M. 39 Fr.), an epileptisch-hysterischen Formen 121 (68 M. 53 Fr.), an alkoholistischen und andern intoxik. Psychosen 404 (372 M. 32 Fr.), an paralytischen, senilen und sonstigen organ. Geisteskrankheiten 225 (144 M. 81 Fr.), davon an Dement. paralytica 79 (59 M. 20 Fr.). Die Zunahme der Männeraufnahmen umfaßt mit der bedeutenden Zahl 114 die alkoholistischen Formen, darunter die Fälle mit Delir. trem. mit 34. Entlassen geheilt 342 = 27,1%, gebessert 316 = 25,1%, ungeheilt 284 = 22,5%, gestorben sind 97 = 7,7%, nicht geisteskrank waren 21 = 1,6%.

Brieg (117): Anfangsbestand 572 (280 M. 292 Fr.). Zugang 99 (45 M. 54 Fr.). Abgang 103 (49 M. 54 Fr.). Bleibt Bestand 568 (276 M. 292 Fr.). In Familienpflege 45 (24 M. 21 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 61 (22 M. 39 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 20 (14 M. 6 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 4 (3 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 10 (3 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 12 (8 M. 4 Fr.), 1—6 Monate bei 21 (6 M. 15 Fr.), 6—12 Monate bei 11 (5 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre bei 7 (4 M. 3 Fr.), 2—5 Jahre bei 13 (7 M. 6 Fr.), bei den übrigen darüber. Heredität bei 42 (17 M. 25 Fr.). Syphilis war bei 8 (5 M. 3 Fr.), Haft bei 4 (3 M. 1 Fr.), Trunksucht bei 2 M., Wochenbett und Laktation bei 3 Fr., Greisenalter bei 3 Fr. Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 18 (12 M. 6 Fr.). Entlassen geheilt 8 (2 M. 6 Fr.), gebessert 29 (12 M. 17 Fr.), ungeheilt 21 (6 M. 15 Fr.). Gestorben 42 (27 M. 15 Fr.). 32,04% des Abgangs erfolgte bereits innerhalb des ersten halben Jahres. Todesursachen: Progressive Paralyse bei 10 (8 M. 2 Fr.), Tuberkulose bei 8 (4 M. 4 Fr.), Krebs bei 4 (1 M. 3 Fr.). Durchschnittlich beschäftigt täglich 59,39% bei den Männern, 54,03% bei den Frauen. Gesamtausgabe 357 299,09 M.

Bunzlau (120): Anfangsbestand 694 (387 M. 307 Fr.). Zugang 213 (136 M. 77 Fr.). Abgang 191 (121 M. 70 Fr.). Bleibt Bestand 716 (402 M. 314 Fr.). Entlassen als geheilt 6 (5 M. 1 Fr.), gebessert 28 (22 M. 6 Fr.), als ungeheilt entlassen 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben 64 (43 M. 21 Fr.) = 7,1% der Verpflegten, davon 7 an Dysenterie. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes waren 8 Personen aufgenommen. 23 Fälle von Dysenterie, bei denen die bakterio-



logische Untersuchung in den meisten Fällen versagte. Außerdem Endemie von schwarzen Pocken, die mit größter Strenge durchgeführten Absperrungsmaßregeln erwiesen sich als wirksam. In der Familienpflege 1 Typhusfall. Gesamtausgabe 401 236,23 M.

Freiburg (Schlesien) (132): Krankenbestand am 1. April, ausschließlich der Beurlaubten, 341 M. und 390 Fr. Außerdem in Familienpflege 15 M. und 14 Fr. Aufgenommen sind 79 M. und 84 Fr. Vom Zugang litten an Idiotie 5 (3 M. 2 Fr.), Idiotie mit Epilepsie 6 (3 M. 3 Fr.), Imbezillität 12 (7 M. 5 Fr.), Epilepsie 23 (14 M. 9 Fr.), an einfacher Seelenstörung 101 (43 M. 58 Fr.), Dementia paralyt. 13 (6 M. 7 Fr.), Neurasthenie 2 M., nicht geisteskrank war 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei einfacher Seelenstörung und Dementia paralyt. bis 3 Monate bei 30 (11 M. 19 Fr.), 3—6 Monate bei 8 (3 M. 5 Fr.), 6—12 Monate bei 21 (9 M. 12 Fr.), 1—2 Jahre bei 10 (5 M. 5 Fr.), über 2 Jahre bei 39 (17 M. 22 Fr.). Krankheitsdauer bei der Epilepsie 2—3 Jahre bei 3 (2 M. 1 Fr.), 3—10 Jahre bei 5 (4 M. 1 Fr.), 10—20 Jahre bei 9 (5 M. 4 Fr.), über 20 Jahre bei 5 (2 M. 3 Fr.). Als Krankheitsursachen sind angegeben Kopfverletzung, Unfall bei 5 M., Potus bei 8 (7 M. 1 Fr.), Gemütsbewegungen bei 13 (3 M. 10 Fr.). Heredtiät bei 45 (15 M. 30 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 24 (17 M. 7 Fr.). Zur Beobachtung nach § 81 Str.-Pr.-O. 3 M. Entlassen geheilt 18 (10 M. 8 Fr.), gebessert 27 (15 M. 12 Fr.), ungeheilt 143 (69 M. 74 Fr.). In Familienpflege am Schlusse des Jahres 49 (24 M. 25 Fr.). Gestorben 47 (21 M. 26 Fr.), davon an Lungen- und Darmtuberkulose 5 (2 M. 3 Fr.), im epileptischen Anfall bzw. Status epilepticus 6 (5 M. 1 Fr.), durch Selbstmord 3 (2 M. 1 Fr.).

Kreuzburg (150): Anfangsbestand 665 (388 M. 277 Fr. Zugang 89 (58 M. 31 Fr.). Abgang 108 (65 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand 646 (381 M. 265 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 55 (33 M. 22 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 15 (14 M. 1 Fr.), an epileptischer 4 (1 M. 3 Fr.), an alkoholischer 3 (2 M. 1 Fr.), an hysterischer 1 Fr., an Imbezillität 5 M., nicht geisteskrank waren 4 (3 M. 1 Fr.). Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bis zu 1 Monat bei 10 (6 M. 4 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 9 (6 M. 3 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 9 (3 M. 6 Fr.), bis zu 1 Jahr bei 15 (13 M. 2 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 7 (6 M. 1 Fr.), bis zu 5 Jahren bei 13 (6 M. 7 Fr.), länger als 5 Jahre bei 6 (4 M. 2 Fr.), länger als 10 Jahre bei 11 (6 M. 5 Fr.), von Kindheit an bei 5 M. Heredität bei 39 (25 M. 14 Fr.). Krankheitsursache: Haft bei 5 (3 M. 2 Fr.), Alkoholismus bei 8 (7 M. 1 Fr.), Unfall bei 1 M., Greisenalter bei 1 M., Syphilis bei 5 M. Mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten 22 (16 M. 6 Fr.). Zur Beobachtung nach § 81 Str.-Pr.-O. 6 (5 M. 1 Fr.). Entlassen wurden geheilt 7 (3 M. 4 Fr.), gebessert 26 (19 M. 7 Fr.), ungeheilt 29 (11 M. 18 Fr.), nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben 38 (25 M. 13 Fr.), davon an Paralyse 11 (8 M. 3 Fr.), Lungen- und Darmtuberkulose 9 (7 M. 2 Fr.). 3 Pflegerwohnhäuser wurden vom Landtag bewilligt. Gesamtausgabe 395 904,17 M.

Leubus (154): Anfangsbestand 753 (408 M. 345 Fr.). Zugang 165 (79 M. 86 Fr.). Abgang 156 (91 M. 65 Fr.). Bleibt Bestand 762 (396 M. 366

Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 127 (51 M. 76 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 16 (13 M. 3 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 15 (12 M. 3 Fr.), an Idiotie, Imbezillität 7 (3 M. 4 Fr.) Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 12 (4 M. 8 Fr.), 1—3 Monate bei 11 (5 M. 6 Fr.), 3—6 Monate bei 15 (6 M. 9 Fr.), 6—12 Monate bei 12 (10 M. 2 Fr.), über 12 Monate bei 92 (41 M. 51 Fr.), von Kindheit an bei 7 (3 M. 4 Fr.). Heredität bei 64 (26 M. 38 Fr.) = 38,7% der Aufgenommenen. Sonstige Krankheitsursachen: chron. Alkoholmißbrauch bei 17 (16 M. 1 Fr.), Kopfverletzung bei 6 M., Lues bei 9 (7 M. 2 Fr.), Haft bei 2 M., Senium bei 6 (2 M. 4 Fr.), Klimakterium bei 4 Fr., Puerperium, Laktation und Gravidität bei 5 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 33 (24 M. 9 Fr.) = 20% der Aufgenommenen. Entlassen als geheilt 1 M., gebessert 60 (33 M. 27 Fr.), ungeheilt 35 (25 M. 10 Fr.). Gestorben 60 (32 M. 28 Fr.), davon an Tuberkulose 4 (1 M. 3 Fr.), an Ruhr 10 (5 M. 5 Fr.), Typhus 1 M., Paralyse 12 (8 M. 4 Fr.), Suizid 2 M. Im Berichtsjahre im ganzen 50 Ruhrfälle (32 M. 18 Fr.). Außerdem wurden noch 29 Ruhrbazillenträger gegefunden, die abgesondert wurden. 1 Typhusfall unbekannter Genese mit tödlichem Ausgang. In Familienpflege 8 M. In der Pensionsanstalt betrug der Anfangsbestand 57 (26 M. 31 Fr.). Zugang 22 (18 M. 4 Fr.). Abgang 17 (14 M. 3 Fr.). Bleibt Bestand 62 (30 M. 32 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 12 (8 M. 4 Fr.), paralyt. Seelenstörung 9 M., Seelenstörung mit Epilepsie 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Monate bei 2 (1 M. 1 Fr.), 6—12 Monate bei 2 M., 1—5 Jahre bei 13 (11 M. 2 Fr.). Entlassen gebessert 2 (1 M. 1 Fr.), ungeheilt 6 M. Gestorben 9 (7 M. 2 Fr.), davon an Paralyse 5 M., Suizid 1 M.

Tost (192): Anfangsbestand 588 (284 M. 304 Fr.). Zugang 118 (78 M. 40 Fr.). Abgang 106 (67 M. 39 Fr.). Bleibt Bestand 600 (295 M. 305 Fr.), davon in Familienpflege 4 (1 M. 3 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 84 (50 M. 34 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 19 (15 M. 4 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), an Hysterie 2 (1 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 2 M., nicht geisteskrank waren 4 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 16 (9 M. 7 Fr.), 1—3 Monate bei 13 (8 M. 5 Fr.), 3—6 Monate bei 6 (3 M. 3 Fr.), 6—12 Monate bei 17 (11 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre bei 18 (14 M. 4 Fr.), 2—5 Jahre bei 20 (16 M. 4 Fr.), 5—10 Jahre bei 7 (5 M. 2 Fr.), über 10 Jahre bei 11 (4 M. 7 Fr.), von Jugend auf bei 4 M. Heredität bei 42 (30 M. 12 Fr.), unehelich geboren waren 12 (10 M. 2 Fr.). Andere Krankheitsursachen: Trunksucht bei 13 (12 M. 1 Fr.), Syphilis bei 9 (6 M. 3 Fr.), Strafhaft bei 6 M., Arteriosklerose bei 3 (2 M. 1 Fr.), Kopfverletzung bei 3 (2 M. 1 Fr.), Greisenalter bei 4 (1 M. 3 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 18 (16 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 18 (11 M. 7 Fr.), gebessert 15 (10 M. 5 Fr.), ungeheilt 2 M., nicht geisteskrank 3 M., in andere Anstalten 33 (15 M. 18 Fr.). Gestorben sind 31 (22 M. 9 Fr.), davon an Paralyse 14 (13 M. 1 Fr.). Tuberkulose 3 (2 M. 1 Fr.). Gesamtausgabe 337 116,27 M.

Lüben (158): Anfangsbestand 974 (468 M. 506 Fr.). Zugang 398 (223 M. 175 Fr.). Abgang 302 (183 M. 119 Fr.). Bleibt Bestand 1070 (508 M. 562 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Woche bei 9 (5 M. 4 Fr.), bis zu 1 Monat



bei 24 (12 M. 12 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 33 (18 M. 15 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 29 (10 M. 19 Fr.), bis zu 1 Jahre bei 43 (27 M. 16 Fr.), bis zu 5 Jahren bei 74 (43 M. 31 Fr.), bis zu 10 Jahren bei 32 (20 M. 12 Fr.), über 10 Jahre bei 84 (45 M. 39 Fr.), von Jugend auf bei 58 (35 M. 23 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 240 (121 M. 119 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 41 (33 M. 8 Fr.), Imbezillität 28 (19 M. 9 Fr.), Idiotie 15 (7 M. 8 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 60 (33 M. 27 Fr.), ohne Seelenstörung 4 M., an Hysterie 3 Fr., Alkoholismus 3 (2 M. 1 Fr.), nicht geisteskrank waren 2 (1 M. 1 Fr.). Heredität bei 144 (76 M. 68 Fr.). Sonstige Krankheitsursachen waren Syphilis bei 32 (24 M. 8 Fr.), Trunksucht bei 30 (27 M. 3 Fr.), Greisenalter und Arteriosklerose bei 28 (10 M. 18 Fr.), Gemütserschütterungen bei 23 (14 M. 9 Fr.), Unfälle bei 14 (10 M. 4 Fr.), Kopfverletzungen bei 6 (5 M. 1 Fr.), Strafhaft bei 5 (4 M. 1 Fr.), Schwangerschaft und Wochenbett bei 2. Vorbestraft waren vom Zugang 63 (53 M. 10 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 8 Männer. Entlassen 193 (115 M. 78 Fr.) davon geheilt 58 (25 M. 33 Fr.), gebessert 88 (63 M. 25 Fr.), ungeheilt 44 (24 M. 20 Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Gestorben 109 (68 M. 41 Fr.), davon an Gehirnlähmung 23 (18 M. 5 Fr.), an Lungentuberkulose 11 (5 M. 6 Fr.), an Erstickung 1 Fr. Gesamtausgabe 466 424,95 M.

Neustadt (Holstein) (163): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres: 936 (497 M. 439 Fr.). Zugang 224 (115 M. 109 Fr.). Abgang 185 (97 M. 88 Fr.). Bleibt Bestand 975 (515 M. 460 Fr.), davon in Familienpflege 96 (30 M. 66 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 135 (53 M. 82 Fr.), paralytischer Seelenstörung 19 (9 M. 8 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 26 (19 M. 7 Fr.), Epilepsie 12 (8 M. 4 Fr.), Hysterie 6 (1 M. 5 Fr.), Alkoholismus 9 M., nicht geisteskrank waren 19 (16 M. 3 Fr.). Entlassen geheilt 6 (1 M. 5 Fr.), gebessert 73 (40 M. 33 Fr.), ungeheilt in die Familie 17 (9 M. 8 Fr.), in andere Anstalten 21 (17 M. 4 Fr.), als nicht geisteskrank 4 M. Gestorben 64 (26 M. 38 Fr.), davon an Lungenschwindsucht 7 (2 M. 5 Fr.), an Gehirnschlag 5 (3 M. 2 Fr.), an Gehirnerweichung 13 (4 M. 9 Fr.), Darmkatarrh 5 (2 M. 3 Fr.), Krebs 4 (2 M. 2 Fr.), Selbstmord durch Erhängen 1 M. Von den Verstorbenen hatten gelitten an einfacher Seelenstörung 37 (13 M. 24 Fr.), an Paralyse 15 (7 M. 8 Fr.). Von den 115 männlichen Aufnahmen waren 44 (= 38,3%) Verbrecher. Heredität lag vor bei 20,8% der Männer, bei 22,04% der Frauen, Potus bei 13,2% der Männer, 1,8% der Frauen. Zur Beobachtung gemäß § 81 Str.-P.-O. 2 Männer, denen der Schutz des § 51 zugebilligt wurde. Großer Wechsel des Wartpersonals. Gesamtausgabe 580 418,58 M.

Schleswig (181): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 1107 (624 M. 483 Fr.). Zugang 379 (196 M. 183 Fr.). Abgang 380 (211 M. 169 Fr.). Bleibt Bestand 1106 (609 M. 497 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 296 (145 M. 151 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 26 (18 M. 8 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 23 (13 M. 10 Fr.), Imbezillität und Idiotie 32 (18 M. 14 Fr.), Delirium potatorum 2 M. Familienanlage war 157 mal (67 M. 90 Fr.), deprimierende Gemütsaffekte bei 28 (14 M. 14 Fr.), Trauma bei 5 M., Senium bei 16 (13 M. 3 Fr.), Lues bei 13 (7 M. 6 Fr.), Alkoholismus bei 19 (18 M. 1 Fr.),



Wochenbett und Schwangerschaft bei 4 Fr., Klimakterium bei 4 Fr. Krankheitsursache. Von den Aufgenommenen waren wahrscheinlich heilbar 96 (36 M. 60 Fr.), wahrscheinlich unheilbar 112 (65 M. 47 Fr.), entschieden unheilbar 171 (95 M. 76 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 10 (8 M. 2 Fr.), davon 5 Fürsorgezöglinge. Entlassen sind als geheilt 35 (18 M. 17 Fr.), gebessert 127 (61 M. 66 Fr.), ungeheilt 114 (72 M. 42 Fr.), gestorben 104 (60 M. 44 Fr.). An Lungentuberkulose starben 16 (12 M. 4 Fr.), an Paralyse 26 (21 M. 5 Fr.), an Selbstmord 1. Ein neues Krankenhaus für 105 Frauen, ein Dreifamilienhaus für Wärter wurde erbaut. Gesamtausgabe 811 533,25 M.

In der Provinzial-Idiotenanstalt zu Schleswig befanden sich bei Beginn des Berichtsjahres 361 (224 m. 137 w.). Zugang 58 (33 m. 25 w.). Abgang 31 (22 m. 9 w.). Bleibt Bestand 388 (235 m. 153 w.). Vom Zugang litten an Idiotie 29 (14 m. 15 w.), Imbezillität 29 (19 m. 10 w.). Vom Zugang waren 10 Pfleglinge noch nicht 6 Jahre alt. Entlassen wurden gebessert 3 (2 m. 1 w.), nicht gebessert 13 (9 m. 4 w.). Gestorben sind 15 (11 m. 4 w.). Tuberkulose war 6 mal Todesursache. Unterrichtet wurden 98 (60 m. 38 w.). Gesamtausgabe 229 525,91 M.

Göttingen (137): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 544 (360 M. 184 Fr.). Zugang 367 (213 M. 154 Fr.). Abgang 382 (223 M. 159 Fr.). Bleibt Bestand 529 (350 M. 179 Fr.), davon in Familienpflege 67. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 268 (141 M. 127 Fr.), an paral. Seelenstörung 25 (19 M. 5 Fr.), Epilepsie 9 (6 M. 3 Fr.), Idiotie 9 (8 M. 1 Fr.), Imbezillität 47 (30 M. 17 Fr.), Delirium potat. 4 M., nicht geisteskrank waren 5 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme 1—6 Wochen bei 105 (38 M. 67 Fr.), 3 Monate bei 46 (35 M. 11 Fr.), 3—6 Monate bei 40 (22 M. 18 Fr.), 1—2 Jahre bei 38 (18 M. 20 Fr.), 2—5 Jahre bei 36 (22 M. 14 Fr.), über 5 Jahre bei 34 (24 M. 10 Fr.), angeboren 52 (38 M. 14 Fr.). Heredität wird 138 mal (92 M. 46 Fr.), Lues bei 41 (31 M. 10 Fr.), Alkohol bei 44 (41 M. 3 Fr.), Geburt 4 mal, Kopfverletzung bei 6 M. als Krankheitsursache angenommen. Zur Beobachtung kamen 21 (19 M. 2 Fr.). Entlassen als geheilt 16 (12 M. 4 Fr.), gebessert 119 (77 M. 42 Fr.), ungeheilt 202 (103 M. 99 Fr.), gestorben 39 (25 M. 14 Fr.), nicht geisteskrank 6 M. Der Aufenthalt der Geheilten in der Anstalt betrug bis 1 Monat bei 4 (3 M. 1 Fr.), 1—3 Monate bei 7 (5 M. 2 Fr.), 3—6 Monate bei 1 M., 6—12 Monate bei 3 (2 M. 1 Fr.), 1—2 Jahre bei 1 M. An Lungentuberkulose starb 1 M. Das neue Waschhaus wurde in Benutzung genommen, der Bau eines neuen Werkstättengebäudes und einer Reihe von Wärterwohnhäusern in Angriff genommen.

Das Provinzial-Verwahrungshaus hatte bei Beginn des Berichtsjahres einen Bestand von 53 Kranken. Zugang 18, entlassen 22. Bleibt Bestand 49. Von den 71 Behandelten sind mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 66, und zwar wegen § 51 Str.-G.-B. freigesprochen und der Anstalt überwiesen 11, verurteilt und in Strafhaft erkrankt 26, wegen früherer Straftaten verurteilt, zuletzt wegen § 51 freigesprochen 19. An ausgesprochener Psychose litten 40, an Grenzzuständen (geistiger Minderwertigkeit) 14, an angeborenem Schwachsinn 17. Entlassen wurden in eine offene Heil- und Pflege-Anstalt 3, zur Aburteilung 3, zum Straf-



vollzug 8, in die Freiheit als gebessert 8. Beschäftigt durchschnittlich 35 Kranke. Neu eröffnet wurde die Prov.-Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge in Göttingen, die im Anschluß an die Göttinger Heil- und Pflege-Anstalt gebaut ist. Sie steht unter ärztlicher Leitung und bietet Platz für 54 Zöglinge, für die drei Häuser bestimmt sind. Je nach dem Verhalten der Zöglinge werden sie in einem festen Hause, einem Überwachungspavillon oder einem ganz offenen Hause behandelt. Die Behandlung sieht außer Unterricht in den verschiedensten Fächern ausgiebige Arbeitstherapie vor.

Hildesheim (143): Anfangsbestand 686 (368 M. 318 Fr.). Zugang 239 (157 M. 102 Fr.). Abgang 258 (135 M. 123 Fr.). Bleibt Bestand 667 (370 M. 297 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 164 (88 M. 76 Fr.), Paralyse 29 (23 M. 6 Fr.), Hysterie oder Epilepsie mit Seelenstörung 18 (6 M. 12 Fr.), Imbezillität und Idiotie 18 (10 M. 8 Fr.). Zur Beobachtung kamen 10 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monaten bei 56 (26 M. 30 Fr.), 6—12 Monate bei 17 (7 M. 10 Fr.), 1—2 Jahre bei 61 (41 M. 20 Fr.), über 2 Jahre bei 63 (33 M. 30 Fr.), angeboren bei 18 (14 M. 4 Fr.). Rückfällig waren zum 1. Male 20 (12 M. 8 Fr.), zum 2. Male 8 (4 M. 4 Fr.), mehr als dreimal 3 Fr. Als Krankheitsursachen werden beschuldigt Heredität bei 41 (20 M. 21 Fr.), uneheliche Geburt bei 1 Fr., Haft bei 2 M., Alkoholmißbrauch bei 18 (15 M. 3 Fr.), Syphilis bei 20 (18 M. 2 Fr.), Apoplexie bei 5 (3 M. 2 Fr.), Trauma bei 8 (4 M. 4 Fr.), Senium bei 23 (8 M. 15 Fr.), Klimakterium bei 2 Fr., Wochenbett und Laktation bei 4 Fr. Entlassen geheilt 19 (7 M. 12 Fr.), gebessert 63 (32 M. 31 Fr.), ungeheilt 78 (32 M. 46 Fr.). Gestorben 86 (53 M. 33 Fr.). In der Kolonie Einum wurden zwei Doppelhäuser gebaut für den Oberwärter und 3 verheiratete Wärter.

Lüneburg (159): Anfangsbestand 964 (506 M. 458 Fr.). Zugang 309 (164 M. 145 Fr.). Abgang 325 (166 M. 159 Fr.). Bleibt Bestand 949 (504 M. 445 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 223 (99 M. 124 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 19 (15 M. 4 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 13 (10 M. 3 Fr.), Imbezillität und Idiotie 18 (11 M. 7 Fr.), Alkoholismus und Delirium potat. 13 M., Hysterie und Neurasthenie 6 (1 M. 5 Fr.), Chorea 2 M. Zur Beobachtung 15 (13 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter drei Monaten bei 100 (59 M. 41 Fr.), 3—6 Monate bei 40 (19 M. 21 Fr.), 6—12 Monate bei 21 (11 M. 10 Fr.), 1—2 Jahre bei 32 (16 M. 16 Fr.), über 2 Jahre bei 84 (38 M. 46 Fr.), angeboren bei 17 (11 M. 6 Fr.). Heredität war Krankheitsursache bei 81 (46 M. 35 Fr.), psychische Ursachen bei 8 (4 M. 4 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 36 (33 M. 3 Fr.), Syphilis bei 15 (12 M. 3 Fr.), körperliche Erkrankung bei 12 (6 M. 6 Fr.), Greisenalter bei 25 (12 M. 13 Fr.), Wochenbett bei 4, Klimakterium bei 7 Fr., Trauma bei 7 M., Apoplexie bei 4 M. Entlassen wurden geheilt 13 (9 M. 4 Fr.), gebessert 97 (45 M. 52 Fr.), ungeheilt 110 (54 M. 56 Fr.), nicht geisteskrank 7 M. Gestorben 80 (38 M. 42 Fr.), davon an Paralyse 16 (11 M. 5 Fr.), an Tuberkulose 12 (4 M. 8 Fr.), Darmkatarrh 4 (3 M. 1 Fr.), Krebs 4 (3 M. 1 Fr.), Suizid 1 Fr. — Gesamtausgabe 1 586 138,68 M.

Langenhagen (152): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 881 (517 m. 364 w.). Zugang 460 (280 m 180 w.). Abgang 436 (277 m. 159 w.). Bleibt

Bestand 905 (520 m. 385 w.). In der Anstalt für Geistesschwache waren 104 Epileptische bei Beginn und am Schlusse des Berichtsjahres. Von den 85 Aufgenommenen leiden an Idiotie 71 (45 m. 26 w.) = 83,5%, an Imbezillität 14 (7 m. 7 w.) = 16,5%. Bei 5 war Skrophulose, bei 13 Rachitis, bei 9 Epilepsie, bei 7 Hydrozephalus, bei 8 Mikrozephalie, bei 1 Turmschädel, bei 12 Paresen, Lähmungen und Kontrakturen vorhanden. Die Sprache der Aufgenommenen ist in einzelnen Lauten oder gar nicht vorhanden bei 11 (7 m. 4 w.) = 13%, das Gehör fehlt bei 2 (1 m. 1 w.) = 2,4%, das Sehvermögen ist herabgesetzt bei 2 m., es fehlt bei 1 m., unreinlich sind 31 (16 m. 15 w.) = 36,6%. Ohne Unterricht waren bei der Aufnahme 33 (20 m. 13 w.) = 38,8%. Erbliche Anlage vom Vater her bestand bei 22 (14 m. 8 w.) = 25,9%, von der Mutter her bei 21 (11 m. 10 w.) = 24,7%, keine Belastung nachweisbar bei 18 (14 m. 4 w.) = 21,2%. Potus des Vaters ist in 9, des Großvaters in 4, Tuberkulose bei der Familie in 10, Blutsverwandtschaft der Eltern in 2, Krampfanfälle in 23, Meningitis in 6, Infektionskrankheiten in 4, schwere Geburt in 3, Trauma in 4, Lues der Eltern in 1 Falle als Krankheitsursache anamnestisch angegeben. Heredität überhaupt bei 69 (41 m. 28 w.) = 81,2%. Entlassen wurden gebessert 12 (11 m. 1 w.), nicht gebessert 38 (30 m. 8 w.). Gestorben 28 (15 m. 13 w.), davon an Tuberkulose 7. Mortalität gleich 3,56% der Verpflegten.

In der Filialanstalt zu Himmelstür betrug der Anfangsbestand 82. Zugang 19, Abgang 7, bleibt Bestand 94. Gestorben 5 Kranke.

In der Beobachtungsstation für Geisteskranke betrug der Zugang 375 (228 M. 147 Fr.). Davon litten an einfacher Seelenstörung 197 (103 M. 94 Fr.), an Paralyse 46 (34 M. 12 Fr.), Epilepsie 20 (18 M. 2 Fr.), Idiotie und Imbezillität 20 (10 M. 10 Fr.), Alkoholdelirium 71 (64 M. 7 Fr.), Morphinismus 2 M., Hysterie 11 Fr., nicht geisteskrank waren 4 (1 M. 3 Fr.). Heredität war bei 121 (63 M. 58 Fr.), Lues bei 32 (28 M. 4 Fr.), Alkohol bei 90 (81 M. 9 Fr.), Apoplexie bei 7 (5 M. 2 Fr.), Trauma bei 9 (7 M. 2 Fr.), Alter bei 29 (17 M. 12 Fr.), Haft bei 14 (9 M. 5 Fr.) Krankheitsursache. Vom Zugang kamen in eine Anstalt 131 (67 M. 64 Fr.). Gestorben 23 (21 M. 2 Fr.). Gesamtausgabe 730 448,92 M.

Osnabrück (167): Anfangsbestand 424 (193 M. 231 Fr.). Zugang 166 (86 M. 80 Fr.). Abgang 181 (86 M. 95 Fr.). Bleibt Bestand 409 (193 M. 216 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 129 (62 M. 67 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 10 (7 M. 3 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 6 (5 M. 1 Fr.), an Hysterie 2 Fr., Idiotie 12 (9 M. 3 Fr.), Alkoholismus 5 (2 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank waren 2 (1 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme weniger als 3 Monate bei 66 (25 M. 41 Fr.), 3—6 Monate bei 7 (4 M. 3 Fr.), 6—12 Monate bei 13 (10 M. 3 Fr.), 1—2 Jahre bei 15 (6 M. 9 Fr.), länger als 2 Jahre bei 51 (31 M. 20 Fr.), angeboren bei 12 (9 M. 3 Fr.). Als Krankheitsursache ist angegeben Alkoholismus bei 12 (9 M. 3 Fr.), Lues bei 2 Fr., Schlaganfall bei 4 (2 M. 2 Fr.), Arteriosklerose bei 3 (1 M. 2 Fr.), Epilepsie bei 2 (1 M. 1 Fr.), Kopfverletzung bei 2 (1 M. 1 Fr.), Senium bei 5 (1 M. 4 Fr.), Haft bei 2 (1 M. 1 Fr.), Gemütsbewegungen bei 2 (1 M. 1 Fr.), Fortpflanzungsgeschäft bei 5 Fr., Heredität bei 31 (14 M. 17 Fr.). Heredität überhaupt 39 (18 M. 21 Fr.). Entlassen 151



(70 M. 81 Fr.), davon geheilt 13 (10 M. 3 Fr.), gebessert 72 (37 M. 35 Fr.), nicht gebessert 64 (22 M. 42 Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Gestorben 30 (16 M. 14 Fr.), davon an Gehirnerweichung 6 (5 M. 1 Fr.), Lungentuberkulose 2 (1 M. 1 Fr.), Hirnhautentzündung 3 (1 M. 2 Fr.).

In das Stift Isenwald bei Gifhorn (144) traten ein im Jahre 1910 78 Alkoholkranke, es traten aus 64. Davon kamen 29 aus eigenem Antriebe, 25 wurden von der Landesversicherungsanstalt Hannover geschickt. Nach wie vor ist an dem Grundsatze der Erziehung in der Freiheit festgehalten, mit gutem Erfolg.

Das Erziehungshaus für schwach- und blösdinnige Mädchen „Zum guten Hirten" zu Wernigerode (198) besteht jetzt 50 Jahre. Es verpflegt zurzeit 32 Pfleglinge, von denen 24 beschäftigt werden.

Gehlsheim (136): Anfangsbestand 347 (184 M. 163 Fr.). Zugang 217 (118 M. 99 Fr.). Abgang 237 (124 M. 113 Fr.). Bleibt Bestand 327 (178 M. 149 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 142 (64 M. 78 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 9 M., an Seelenstörung mit Epilepsie 20 (16 M. 4 Fr.), an Idiotismus und Kretinismus 20 (12 M. 8 Fr.). Nicht geisteskrank waren 25 (16 M. 9 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme war bis zu 1 Monat bei 35 (22 M. 13 Fr.), 2—3 Monate bei 20 (9 M. 11 Fr.), 4—6 Monate bei 16 (5 M. 11 Fr.), 7—12 Monate bei 13 (7 M. 6 Fr.), im 2. Jahre bei 12 (4 M. 8 Fr.), über 2 Jahre bei 93 (55 M. 38 Fr.). Heredität bei 75 (32 M. 43 Fr.). Entlassen als genesen 21 (8 M. 13 Fr.), gebessert 89 (44 M. 45 Fr.), ungeheilt 59 (25 M. 34 Fr.). Die Genesungsziffer beträgt 11% der Aufnahmen. Gestorben 40 (29 M. 11 Fr.), davon an Lungen- und Darmtuberkulose 4 (2 M. 2 Fr.). Ausgabe 268 209,14 M.

Sachsenberg (179): Anfangsbestand 573 (280 M. 293 Fr.). Zugang 135 (78 M. 57 Fr.). Abgang 127 (66 M. 61 Fr.). Bleibt Bestand 581 (292 M. 289 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 111 (75 M. 54 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 8 (7 M. 1 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 11 (9 M. 2 Fr.), Idiotie und Kretinismus 5 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 24 (17 M. 7 Fr.), 2—3 Monate bei 13 (5 M. 8 Fr.), 4—6 Monate bei 11 (5 M. 6 Fr.), 7—12 Monate bei 15 (5 M. 10 Fr.), im 2. Jahre bei 8 (4 M. 4 Fr.), über 2 Jahre bei 60 (39 M. 21 Fr.). Heredität bei 51 (34 M. 17 Fr.). Entlassen genesen 14 (7 M. 7 Fr.), gebessert 46 (27 M. 19 Fr.), ungeheilt 29 (16 M. 13 Fr.). Gestorben 37 (15 M. 22 Fr.), davon an Tuberkulose 3 M., an Karzinom 1 Fr.

Lewenberg (155): Anfangsbestand 243 (129 m. 114 w.). Zugang 25 (16 m. 9 w.). Abgang 25 (12 m. 13 w.). Bleibt Bestand 243 (133 m. 110 w.). Vom Zugang litten an Epilepsie 7 (4 m. 3 w.), Mongolentypus 3 m., Mikrocephalus 1 w., Hydrocephalus 1 w., Porenzephalie 1 w., an sensorischer Aphasie 1 m. Heredtiät bei 12 (7 m. 5 w.). Außerdem als Krankheitsursache angegeben Erkrankung usw. der Mutter bei 4 w., schwere und vorzeitige Geburt des Kindes je 1, Erkrankungen des Gehirns, der Hirnhäute oder des Rückenmarks bei 5 m., Schädelverletzungen bei 2 (1 m. 1 w.). Bei allen Aufgenommenen mit Ausnahme eines Mädchens liegen körperliche Degenerationszeichen und Stigmata vor. Ent-



lassen gebessert 3 (2 m. 1 w.), nicht gebessert 3 (1 m. 2 w.). Gestorben 19 (9 m. 10 w.), davon an Pneumonie 5 (1 m. 4 w.). Jeder der im Berichtsjahre Abgegangenen ist im Durchschnitt 5,75 (4,99) Jahre in der Anstalt verpflegt worden. 1 Fall von Maul- und Klauenseuche bei einem 7 jährigen Knaben. Unterrichtet wurden 82 (53 m. 29 w.).

Alsterdorfer Anstalten (110): Anfangsbestand 880 (509 m. 371 w.). Zugang 119 (77 m. 42 w.). Abgang 94 (62 m. 32 w.). Bleibt Bestand 905 (524 m. 381 w.). Vom Zugang litten an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 82 (53 m. 29 w.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 35 (23 m. 12 w.). Gestorben 43. Zahl der Verpflegungstage 322 934.

Friedrichsberg (134): Anfangsbestand 1480 (777 M. 703 Fr.). Zugang 1042 (605 M. 437 Fr.). Abgang 1077 (597 M. 480 Fr.). Bleibt Bestand 1445 (785 M. 660 Fr.). Zur Beobachtung nach § 81 Str.-Pr.-O. 25 (23 M. 2 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 533 (236 M. 297 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 179 (140 M. 39 Fr.), Imbezillität, Idiotie 93 (75 M. 18 Fr.), Epilepsie 60 (33 M. 27 Fr.), Hysterie 20 (10 M. 10 Fr.), Alkoholismus 76 (63 M. 13 Fr.), Tabes 4 (2 M. 2 Fr.), anderen Krankheiten des Nervensystems 64 (39 M. 25 Fr.). Heredität bei 104 (13 M. 91 Fr.). Entlassen geheilt 59 (30 M. 29 Fr.), gebessert 309 (152 M. 157 Fr.), ungebessert 488 (303 M. 185 Fr.). Gestorben 221 (112 M. 109 Fr.). Die Heilung erfolgte in weniger als 1 Monat bei 23 (19 M. 4 Fr.), 1 Monat bis ¼ Jahr bei 16 (5 M. 11 Fr.), ¼ bis ½ Jahr bei 10 (3 M. 7 Fr.), ½ bis 1 Jahr bei 6 (2 M. 4 Fr.), 1—2 Jahren bei 4 (1 M. 3 Fr.). Todesursache: Paralyse bei 62 (45 M. 17 Fr.). Im Laufe des Jahres wurden 178 Gutachten abgegeben.

Langenhorn (153): Anfangsbestand 1284. Zugang 351. Abgang 214. Bleibt Bestand 1421. Von der Anstalt Friedrichsberg wurden der Anstalt 310 Kranke (190 M. 120 Fr.) zugeführt, aus den Gefängnissen in Fuhlsbüttel kamen 23 geisteskranke Männer und 1 Frau. Von den Erweiterungsbauten der dritten Vergrößerung Langenhorns wurden in der ersten Hälfte des Jahres 2 Überwachungshäuser fertiggestellt und mit Kranken belegt. An den übrigen Neubauten wird noch gearbeitet. Ein für 2 verheiratete Oberwärter bestimmtes Wohnhaus wurde von der Anstalt mit Hilfe von geeigneten Kranken im Rohbau zur Ausführung gebracht. Von 770 geisteskranken Männern wurden 385 fast regelmäßig beschäftigt.

Ellen (129): Anfangsbestand 554 (300 M. 254 Fr.). Zugang 495 (310 M. 185 Fr.). Abgang 449 (280 M. 169 Fr.). Bleibt Bestand 600 (330 M. 270 Fr.). Vom Zugang litten an Dementia praecox 107 (61 M. 46 Fr.), an Paranoia 8 (7 M. 1 Fr.), an manisch-depressivem Irresein 69 (26 M. 43 Fr.), an Imbezillität 25 (15 M. 10 Fr.), Dementia senilis 38 (17 M. 21 Fr.), Paralyse 34 (26 M. 8 Fr.), konstitut. Psychopathie 27 M., Hysterie 49 (24 M. 25 Fr.), Epilepsie 31 (21 M. 10 Fr.), chron. Alkoholismus 36 (33 M. 3 Fr.). Entlassen 364 (226 M. 138 Fr.), davon geheilt 74 (= 16,48%), gebessert 157 (= 34,96%), ungeheilt 98 (= 21,82%). Gestorben 85 (= 18,93 %). In Familienpflege am Schlusse des Berichtsjahres 149 (71 M. 78 Fr.). Beschäftigt 48,21% der Männer, 40,75% der Frauen. Zwei neue große Pflegehäuser bezogen, Überfüllung nur noch auf der Männerseite.



Rockwinkel (173): Anfangsbestand 16 (6 M. 10 Fr.). Zugang 43 (17 M. 26 Fr.). Abgang 37 (19 M. 18 Fr.). Bleibt Bestand 22 (4 M. 18 Fr.). Vom Zugang litten an Dementia praecox 2 Fr., an manisch-depress. Irresein 3 (1 M. 2 Fr.), Melancholie 6 (2 M. 4 Fr.), Hysterie 5 Fr., Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt 12, gebessert 14, ungeheilt 8, gestorben 3. Die Zahl der Verpflegungstage betrug 6528.

Wehnen (196): Anfangsbestand 307 (158 m. 149 Fr.). Zugang 110 (54 M. 56 Fr.). Abgang 107 (48 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 310 (164 M. 146 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenem Schwachsinn 4 (3 M. 1 Fr.), Dementia paralytica 9 (7 M. 2 Fr.), Dementia praecox 33 (17 M. 16 Fr.), manisch-depressivem Irresein 26 (8 M. 18 Fr.), Irresein des Rückbildungsalters 10 (3 M. 7 Fr.). Entlassen geheilt 17 (7 M. 10 Fr.), gebessert 36 (16 M. 20 Fr.), ungeheilt 21 (11 M. 10 Fr.). Gestorben sind 33 (14 M. 19 Fr.), davon 1 an Suizid.

Der Gesamtbestand in den Anstalten der Provinz Westfalen (199) betrug am 1. April 1910 4316 Kranke. Zugang 1368. Abgang 1113. Bleibt Bestand 4571.

Marsberg: Anfangsbestand 576. Zugang 137 (71 M. 66 Fr.). Abgang 144 (64 M. 80 Fr.). Bleibt Bestand 569. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 114 (57 M. 57 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 2 (1 M. 1 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 6 (5 M. 1 Fr.), Imbezillität u. Idiotie 5 (3 M. 2 Fr.), zur Beobachtung waren aufgenommen 10 (5 M. 5 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 34 (18 M. 16 Fr.), 2—3 Monate bei 20 (9 M. 11 Fr.), 4—6 Monate bei 11 (4 M. 7 Fr.), 7—12 Monate bei 16 (7 M. 9 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 5 (3 M. 2 Fr.), bei den übrigen darüber. Krankheitsursache war Wochenbett, Schwangerschaft bei 6 Fr., Trauma bei 6 M., Trunksucht bei 4 (3 M. 1 Fr.), Haft bei 2, Heredität bei 29 (17 M. 12 Fr.). Erbliche Belastung überhaupt bei 39 (21 M. 18 Fr.). Entlassen geheilt 29 (15 M. 14 Fr.), gebessert 42 (21 M. 21 Fr.), ungeheilt 24 (7 M. 17 Fr.); gestorben sind 42 (18 M. 24 Fr.) = 5,89% der insgesamt Verpflegten. Das Verhältnis der Geheilten zu den Aufnahmen stellte sich auf 27,24%. Todesursache war Paralyse bei 5 (2 M. 3 Fr.), Tuberkulose bei 11 (3 M. 8 Fr.), Dysenterie bei 1 Fr.

Lengerich: Anfangsbestand 682 (369 M. 313 Fr.). Zugang 135 (84 M. 51 Fr.). Abgang 145 (82 M. 63 Fr.). Bleibt Bestand 672 (371 M. 301 Fr.), davon in Familienpflege 89 (51 M. 38 Fr.). Zur Beobachtung 24 (19 M. 5 Fr.), darunter 8 Fürsorgezöglinge. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 82 (43 M. 39 Fr.), paralyt. Seelenstörung 11 (9 M. 2 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 7 (5 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 7 (6 M. 1 Fr.), Alkoholismus 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 13 (4 M. 9 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 9 (4 M. 5 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 10 (4 M. 6 Fr.), bis zu 1 Jahre bei 10 (8 M. 2 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 12 (8 M. 4 Fr.), über 2 Jahre bei 36 (20 M. 16 Fr.), angeboren bei 9 (8 M. 1 Fr.). Krankheitsursachen waren Heredität bei 49 (27 M. 22 Fr.), Trunksucht bei 8 M., Körperverletzungen bei 3 M., Abort, Wochenbett, Laktation bei 4 Fr., Haft bei 2 M., Lues bei 4 M. Entlassen geheilt 16 (12 M. 4 Fr.), gebessert 36 (21 M. 15 Fr.), ungeheilt 33 (15 M. 18 Fr.). Gestorben 44 (20 M. 24 Fr.). Der Anstaltsaufenthalt der geheilt Entlassenen betrug in keinem Falle



mehr als 1 Jahr. Todesursache war Tuberkulose bei 7 (2 M. 5 Fr.), Krebs bei 2 (1 M. 1 Fr.), Suizid bei 1 Fr.

Münster: Anfangsbestand 646 (250 M. 396 Fr.). Zugang 117 (56 M. 61 Fr.). Abgang 133 (52 M. 81 Fr.). Bleibt Bestand 630 (254 M. 376 Fr.). Zur Beobachtung 12 (10 M. 2 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 88 (34 M. 54 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 8 (4 M. 4 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 2 M., Imbezillität 7 (6 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 3 (1 M. 2 Fr.), 2—3 Monate bei 17 (4 M. 13 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 14 (7 M. 7 Fr.), bis zu 12 Monaten bei 7 (4 M. 3 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 11 (7 M. 4 Fr.), bis zu 5 Jahren bei 23 (7 M. 16 Fr.), über 5 Jahre bei 30 (16 M. 14 Fr.). Heredität bei 49 (19 M. 30 Fr.), andere Krankheitsursachen: Trunksucht bei 9 (8 M. 1 Fr.), Lues bei 4 (2 M. 2 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett bei 6 Fr., Strafhaft bei 2 M. Entlassen geheilt 28 (7 M. 21 Fr.), gebessert 32 (21 M. 11 Fr.), ungeheilt 41 (9 M. 32 Fr.); gestorben sind 25 (9 M. 16 Fr.), davon 7 (5 M. 2 Fr.) an Paralyse, 2 (1 M. 1 Fr.) an Lungentuberkulose.

Aplerbeck: Anfangsbestand 641. Zugang 206 (116 M. 90 Fr.). Abgang 214. Bleibt Bestand 633, davon in Familienpflege 21 (10 M. 11 Fr.). Vom Zugang waren 44 (43 M. 1 Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Zur Beobachtung 34 (30 M. 4 Fr.) Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 134 (62 M. 72 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 14 (11 M. 3 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 15 (7 M. 8 Fr.), Imbezillität und Idiotie 6 (3 M. 3 Fr.), Alkoholismus 3 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 32 (15 M. 17 Fr.), 1—3 Monate bei 20 (8 M. 12 Fr.), 3—6 Monate bei 18 (7 M. 11 Fr.), 6—12 Monate bei 21 (13 M. 8 Fr.), 1—2 Jahre bei 12 (5 M. 7 Fr.), über 2 Jahre bei 44 (22 M. 22 Fr.), lebenslänglich bei 5 (2 M. 3 Fr.). Ausgesprochene Trunksucht lag vor bei 9 (6 M. 3 Fr.). Als Krankheitsursachen sind angegeben erbliche Belastung bei 54 (23 M. 31 Fr.), Lues bei 8 (5 M. 3 Fr.), Trauma bei 6 (5 M. 1 Fr.), Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett bei 5 Fr. Entlassen geheilt 20 (7 M. 13 Fr.), gebessert 29 (10 M. 19 Fr.), ungeheilt 80 (33 M. 47 Fr.). Gestorben sind 50 (28 M. 22 Fr.), davon an Paralyse 14 (10 M. 4 Fr.), Tuberkulose 7 (5 M. 2 Fr.), Karzinom 2 (1 M. 1 Fr.).

Warstein: Anfangsbestand 1155 (603 M. 552 Fr.). Zugang 461 (267 M. 194 Fr.). Abgang 366 (211 M. 155 Fr.). Bleibt Bestand 1250 (659 M. 591 Fr.) davon in Familienpflege 39 (17 M. 22 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 362 (193 M. 169 Fr.), an Paralyse 33 (29 M. 4 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 8 (6 M. 2 Fr.), Hysterie 10 (4 M. 6 Fr.), Imbezillität und Idiotie 36 (23 M. 13 Fr.), Alkoholismus 6 M. Zur Beobachtung 8 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 39 (7 M. 32 Fr.), zwischen 1 und 3 Monaten bei 78 (38 M. 40 Fr.), zwischen 3 und 12 Monaten bei 141 (82 M. 39 Fr.), über 1 Jahr bei 187 (123 M. 64 Fr.). Krankheitsursache war erbliche Belastung bei 92 (67 M. 25 Fr.), hohes Alter bei 35 (19 M. 16 Fr.), Syphilis bei 14 M., Trunksucht bei 19 (17 M. 2 Fr.), Strafhaft bei 3 M., heftige Gemütsbewegung bei 32 (12 M. 20 Fr.), Geburt und Wochenbett bei 13 Fr. Entlassen geheilt 59 (36 M. 23 Fr.), gebessert 113 (45 M. 68 Fr.), ungeheilt 80 (69 M. 11 Fr.), nicht geistes-



krank 7 (6 M. 1 Fr.). Gestorben sind 107 (55 M. 52 Fr.) = 6,62% der insgesamt Verpflegten, davon an Paralyse 28 (20 M. 8 Fr.), Tuberkulose 19 (8 M. 11 Fr.). Selbstmord 2 M.

Eickelborn: Anfangsbestand 616 (347 M. 269 Fr.). Zugang 312 (135 M. 177 Fr.). Abgang 111 (71 M. 40 Fr.). Bleibt Bestand 817 (44 M. 406 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 215 (83 M. 132 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 9 (8 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 68 (32 M. 36 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 17 (11 M. 6 Fr.), mit Hysterie 1 Fr., Alkoholismus 2 (1 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt 9 (2 M. 7 Fr.), gebessert 20 (16 M. 4 Fr.), ungeheilt 6 (5 M. 1 Fr.), in andere Anstalten 14 (13 M. 1 Fr.). Gestorben sind 62 = 6,68% der Verpflegten. Todesursache war Tuberkulose bei 11 (7 M. 4 Fr.). In Familienpflege 4 Frauen, im Bewahrungshause 50 Kranke, aufgenommen daselbst 41, von diesen litten an einfacher Seelenstörung 29, Seelenstörung mit Epilepsie 7, Imbezillität 5. — Vom Provinziallandtag war im März 1910 der weitere Ausbau der Anstalt auf 1100 Plätze beschlossen. Im Laufe des Berichtsjahres wurde das Haus für unruhige Frauen zur Belegung fertiggestellt, am Schlusse des Berichtsjahres war je 1 Halbruhigenhaus für Männer und Frauen und das Lazarettgebäude im Rohbau fertig.

Eichberg (128): Anfangsbestand 751 (404 M. 347 Fr.). Zugang 292 (177 M. 115 Fr.). Abgang 308 (182 M. 126 Fr.). Bleibt Bestand 735 (399 M. 336 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 46 (25 M. 21 Fr.), 3—6 Monate 27 (12 M. 15 Fr.), seit mehr als 6 Monaten 202 (125 M. 77 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 173 (94 M. 79 Fr.), paralytischer Seelenstörung 24 (17 M. 7 Fr.), Imbezillität, Idiotie 47 (33 M. 14 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 14 (10 M. 4 Fr.), Alkoholismus 14 (13 M. 1 Fr.). Heredität bei 56 (38 M. 18 Fr.), Belastung durch Alkoholismus der Eltern in 21 Fällen (19 M. 2 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 41 der Aufgenommenen. Sonstige Krankheitsursachen: Syphilis bei 15 (11 M. 4 Fr.), Arteriosklerose bei 11 (6 M. 5 Fr.), Senium bei 11 (7 M. 4 Fr.), Erschöpfung (Haft) bei 11 (9 M. 2 Fr.), Kopfverletzung bei 3 M., Puerperium bei 1 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 92 (78 M. 14 Fr.). Entlassen genesen 20 (10 M. 10 Fr.), gebessert 111 (74 M. 37 Fr.), ungebessert 105 (60 M. 45 Fr.), nicht geisteskrank 10 (7 M. 3 Fr.). Gestorben6 2 (31 M. 31 Fr.), davon an Altersschwäche 12 (3 M. 9 Fr.), Paralyse 9 (6 M. 3 Fr.), Tuberkulose 9 (2 M. 7 Fr.). In Familienpflege am Anfang des Berichtsjahres 79 (21 M. 58 Fr.), am Schlusse 102 (37 M. 65 Fr.). Gesamtausgabe 641 020,60 M.

Weilmünster (197): Anfangsbestand 980 (493 M. 487 Fr.). Zugang 102 (58 M. 44 Fr.). Abgang 155 (88 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 928 (463 M. 465 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 62 (28 M. 34 Fr.), paralytischer Seelenstörung 5 (4 M. 1 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), Hysterie 1 Fr., Imbezillität, Idiotie 19 (11 M. 8 Fr.), Alkoholismus 7 M., nicht geisteskrank waren 2 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monaten bei 42 (23 M. 19 Fr.), 3—6 Monate 12 (7 M. 5 Fr.), über 6 Monate 47 (26 M. 21 Fr.). Von 56 aufgenommenen Männern waren belastet 29 (= 52%), von 44 aufgenomme-



nen Frauen 29 (= 66%). Als andere Ursachen für den Ausbruch der Geistesstörung werden angegeben Alkoholmißbrauch bei 12 M., Syphilis 4 mal (3 M. 1 Fr.), Verletzungen 4 mal (3 M. 1 Fr.), Haft bei 3 M., Pubertät bei 3 (1 M. 2 Fr.), Klimakterium bei 3 Fr., Greisenalter bei 11 (7 M. 4 Fr.), Wochenbett und Laktation bei 2 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 18 (17 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung 5 (4 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt 18 (11 M. 7 Fr.), gebessert 48 (32 M. 16 F.r), ungeheilt 20 (10 M. 10 Fr.), nicht geisteskrank 2 M. Gestorben 66 (33 M. 33 Fr.), davon an Tuberkulose 13 (6 M. 7 Fr.), an Typhus abdominalis 3 Fr. 34 Typhusfälle, bisher wurde 1 Bazillenträgerin entdeckt, die bakteriologischen Untersuchungen werden fortgeführt. Gesamtausgabe 655 037,01 M.

Herborn (140): Anfangsbestand —. Zugang 251 (143 M. 108 Fr.). Abgang 42 (25 M. 17 Fr.). Bleibt Bestand 209 (118 M. 91 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 9 (2 M. 7 Fr.), 3—6 Monate bei 11 (6 M. 5 Fr.), mehr als 6 Monate bei 222 (129 M. 93 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 158 (78 M. 80 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 37 (25 M. 12 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 17 (9 M. 8 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 22 (17 M. 5 Fr.), hysterischer Seelenstörung 4 (1 M. 3 Fr.), Alkoholismus 11 M., nicht geisteskrank waren 2 M. Heredität bei 79 (47 M. 32 Fr.). Andere Krankheitsursachen: Alkoholismus bei 48 (45 M. 3 Fr.), Syphilis bei 31 (24 M. 7 Fr.), Kopfverletzung bei 4 M., Senium bei 9 (3 M. 6 Fr.), Arterienverkalkung bei 7 (5 M. 2 Fr.), Haft bei 5 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 80 (71 M. 9 Fr.). Zur Beobachtung 2 M. Entlassen als genesen 3 (1 M. 2 Fr.), gebessert 9 (5 M. 4 Fr.), ungebessert 10 (7 M. 3 Fr.). Gestorben 18 (10 M. 8 Fr.), davon an Paralyse 10 (8 M. 2 Fr.), an Tuberkulose 3 (1 M. 2 Fr.).

Im Berichtsjahr sind in Benutzung genommen 6 Krankenhäuser, das Verwaltungsgebäude, die ersten Beamtenwohnungen, Koch- und Waschküche, das Handwerkerhaus, das Leichenhaus. Die Belegung der neuen Anstalt erfolgte im wesentlichen durch Überführung von Kranken aus andern Anstalten. Die erste Bauperiode — Pavillons für 670 Kranke — ist im ganzen beendet, in der zweiten Bauperiode sollen Plätze für weitere 580 Kranke geschaffen werden. Pavillonsystem mit landwirtschaftlichem Betrieb. Areal 520 Morgen (130 ha).

Lindenhaus (156): Anfangsbestand 380 (188 M. 192 Fr.). Zugang 98 (50 M. 48 Fr.). Abgang 95 (49 M. 46 Fr.). Bleibt Bestand 383 (189 M. 194 Fr.). Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 362 (166 M. 196 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 8 (7 M. 1 Fr.), an Imbezilität und Idiotie 32 (12 M. 20 Fr.), an Epilepsie 39 (24 M. 15 Fr.), an Alkoholismus 23 (22 M. 1 Fr.), an Hysterie 7 (1 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank waren 3 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme weniger als 1 Jahr bei 92 (= 19,2%), 1—2 Jahre bei 31 (= 6,5%), 2—4 Jahre bei 51 (= 10,6%), seit mehr als 10 Jahren bei 117 (= 24,5%). Heredität durch Geisteskrankheit bei 222 (99 M. 123 Fr.), durch Trunksucht bei 106 (70 M. 36 Fr.), durch Lues bei 23 (9 M. 14 Fr.), durch Tuberkulose bei 41 (15 M. 26 Fr.). Die Erkrankung erfolgte im Anschluß an die Entwicklungsjahre bei 9 (= 1,9%), an die Wechseljahre bei 27 (= 5,6%), Schwangerschaft und Entbindung bei 32 (= 6,7%), Gefangenschaft bei 20 (= 4,2%), Gemütserschütterungen bei 49 (=



10,3%), Gefäßverkalkung bei 32 (= 6,7%), Syphilis bei 20 (= 4,2%). Entlassen 69, als erwerbsfähig 19 (7 M. 9 Fr.), gebessert, nicht erwerbsfähig 29 (11 M. 18 Fr.), ungeheilt 21 (15 M. 6 Fr.). Gestorben 23, davon an Lungenschwindsucht 4. Beschäftigt bei den Männern 61%, bei den Frauen 55%. Die Anstalt feierte im Berichtsjahre das Fest ihres 100 jährigen Bestehens.

In den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten der Rheinprovinz (171) befanden sich am 1. April 1911 6180 Kranke (3423 M. 2757 Fr.). Zugang 4558 (2580 M. 1978 Fr.). Abgang 3755 (2180 M. 1575 Fr.). Bleibt Bestand 6983 (3823 M. 3160 Fr.).

Andernach: Anfangsbestand 578 (302 M. 276 Fr.). Zugang 276 (127 M. 149 Fr.). Abgang 298 (142 M. 156 Fr.). Bleibt Bestand 556 (287 M. 269 Fr.).

Bedburg: Zugang 1039 (576 M. 463 Fr.). Abgang 62 (41 M. 21 Fr.). Bleibt Bestand 977 (535 M. 442 Fr.).

Bonn: Anfangsbestand 922 (455 M. 467 Fr.). Zugang 607 (342 M. 265 Fr.). Abgang 639 (346 M. 293 Fr.). Bleibt Bestand 890 (451 M. 439 Fr.).

Düren: Anfangsbestand 736 (415 M. 321 Fr.). Zugang 245 (134 M. 111 Fr.). Abgang 266 (165 M. 101 Fr.). Bleibt Bestand 715 (384 M. 331 Fr.).

Galkhausen: Anfangsbestand 872 (448 M. 424 Fr.). Zugang 568 (317 M. 251 Fr.). Abgang 568 (325 M. 343 Fr.). Bleibt Bestand 872 (440 M. 432 Fr.).

Grafenberg: Anfangsbestand 943 (540 M. 403 Fr.). Zugang 809 (482 M. 327 Fr.). Abgang 859 (528 M. 331 Fr.). Bleibt Bestand 893 (494 M. 399 Fr.).

Johannistal: Anfangsbestand 1070 (592 M. 478 Fr.). Zugang 558 (320 M. 238 Fr.). Abgang 578 (326 M. 252 Fr.). Bleibt Bestand 1050 (586 M. 464 Fr.).

Merzig: Anfangsbestand 804 (416 M. 388 Fr.). Zugang 375 (201 M. 174 Fr.). Abgang 407 (229 M. 178 Fr.). Bleibt Bestand 772 (388 M. 384 Fr.).

Cöln-Lindenthal: Anfangsbestand 193 M. Zugang 48 M. Abgang 47 M. Bleibt Bestand 194 M.

Brauweiler: Anfangsbestand 62 M. Zugang 33 M. Abgang 31 M. Bleibt Bestand 64 M.

Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 3167 (1584 M. 1583 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 322 (257 M. 65 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 418 (297 M. 121 Fr.), an Epilepsie 97 (64 M. 33 Fr.), an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 330 (186 M. 144 Fr.), Delirium potat. 128 (114 M. 14 Fr.). Nicht geisteskrank waren 96 (78 M. 18 Fr.). Vor ihrer Aufnahme waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 652 Kranke (562 M. 90 Fr.) = 14,3%. Entlassen genesen 510 (291 M. 219 Fr.), gebessert 1068 (611 M. 457 Fr.), ungeheilt 1349 (794 M. 555 Fr.). Gestorben sind 728 (401 M. 327 Fr.), davon an Paralyse 177 (123 M. 54 Fr.), durch Unglücksfälle 6 (4 M. 2 Fr.), durch Selbstmord 3 M. Von den Verpflegten waren tuberkulös 153 (74 M. 79 Fr.) = 1,4%, der Tuberkulose verdächtig 75 (34 M. 41 Fr.) = 0,6%, sind an Tuberkulose gestorben 65



(27 M. 38 Fr.) = 0,6%. Dem Ausbruch der Geistesstörung ist von 4558 Aufgenommenen ein Mißbrauch geistiger Getränke vorausgegangen in 406 Fällen (360 M. 46 Fr.), das ist 8,4%. Eine vererbte Anlage bestand bei 1397 (769 M. 628 Fr.) = 30,6% der Aufgenommenen. Von den Aufgenommenen hatten sich, soweit festzustellen, eine syphilitische Ansteckung zugezogen 212 (176 M. 36 Fr.) = 4,6%, von 322 Paralytikern ließ sich eine solche bei 172 (148 M. 24 Fr.) feststellen = 53,4%.

In Düren eine Ruhrepidemie. Im eigenen Laboratorium wurden 8 Geisteskranke und 1 Pfleger als Bazillenträger festgestellt. Gestorben sind an Ruhr 8 Kranke (5 M. 3 Fr.). Vereinzelte Typhusfälle in 5 Anstalten. In Düren wurden 2 Typhus- und 2 Paratyphusbazillenträgerinnen entdeckt und isoliert. Merzig soll in Zukunft alle Typhusbazillenträger der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten aufnehmen. — Aus einer Zusammenstellung der Anstalten geht hervor, daß, je größer die Zahl der Aufnahmen einer Anstalt ist, desto größer auch die Anzahl der geheilten Entlassenen wird. Auf 1 Pflegeperson entfielen am Schlusse des Jahres 7,3 Kranke. Am 10. Oktober 1911 wurden die ersten Kranken in Bedburg aufgenommen, u. a. fielen die sämtlichen, bisher in der Departemental-Irrenanstalt zu Düsseldorf untergebrachten Kranken bei deren Auflösung der neuen Anstalt Bedburg zu. Gesamtausgabe 4 461 893,80 M.

Tannenhof (190): Anfangsbestand 490 Patienten, Schlußbestand 495. Zugang 189. Abgang 184. An einfacher Seelenstörung litten 129, an Paralyse 28, Lues cerebrospinalis 1, Imbezillität 3, Epilepsie mit Seelenstörung 5, Idiotie 1, Alkoholismus 7, Morphinismus 2, Neurasthenie und Hysterie je 4. Entlassen als genesen 12, gebessert 66, ungeheilt 54, gestorben 47, nicht geisteskrank 5. Lungentuberkulose war 4 mal, Suizid 1 mal Todesursache.

In Alt-Scherbitz (111) ist der Bestand von 819 (407 M. 412 Fr.) in der Hauptanstalt und 347 (179 M. 168 Fr.) in der Pflegeanstalt im Anfang des Jahres 1908 bis zum Schlusse des Jahres 1911 gestiegen auf 852 (434 M. 418 Fr.) in der Hauptanstalt und 351 (183 M. 168 Fr.) in der Pflegeanstalt, also mehr 33 (27 M. 6 Fr.) in der Hauptanstalt und 4 M. in der Pflegeanstalt. Die höchste Aufnahmeziffer war 1908 mit 333 (176 M. 157 Fr.) in der Hauptanstalt und 104 (61 M. 43 Fr.) in der Pflegeanstalt, die niedrigste mit 247 (113 M. 134 Fr.) in der Hauptanstalt und 105 (70 M. 35 Fr.) in der Pflegeanstalt im Jahre 1911. Der Abgang ging von 322 (165 M. 157 Fr.) + 96 (55 M. 41 Fr.) im Jahre 1908 auf 263 (124 M. 139 Fr.) + 107 (74 M. 33 Fr.) im Jahre 1911 zurück. Vom Zugang 1908 litten an einfacher Seelenstörung 65,9% Männer und 71,3% Fr. in der Hauptanstalt, 34,4% M. und 51,2% Fr., in der Pflegeanstalt, 1911 66% M. und 84,3% Fr. + 44% M. und 77% Fr. Für Paralyse sind die Zahlen 1908: 19,9% M. und 10,2% Fr. + 42,6% M. und 34,9% Fr., für 1911: 16,9% M. und 9% Fr. + 30% M. und 14,3% Fr., für Imbezillität und Idiotie 1908: 4,6% M. und 4,5% Fr. + 4,9% M und 2,3% Fr., 1911: 2,5% M. und 5,2% Fr. + 2,9% M. und 2,9% Fr., Epilepsie 1908: 2,3% M. und 10,2% Fr. + 1,7% M. und 11,6% Fr., 1911: 4,0% M. und 1,5% Fr. + 8,6% M. und 2,9% Fr., Hysterie 1908: 1,7% M. und 2,6% Fr., Alkoholismus 1908: 2,8% M. und 0,6% Fr. + 4,9% M., 1911: 1,7% M. + 1,4% Fr. Heredität

1911 bei 77 (34 M. 43 Fr.) + 23 (17 M. 6 Fr.). Genesen entlassen wurden 1911 16 (8 M. 8 Fr.) + 3 (2 M. 1 Fr.), gebessert 80 (29 M. 51 Fr.) + 29 (21 M. 8 Fr.). Gestorben sind 1911 101 (41 M. 60 Fr.) + 62 (40 M. 22 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 1911: 39 (32 M. 7 Fr.) + 27 (26 M. 1 Fr.). Syphilis wird bei 20 (17 M. 3 Fr.) + 15 M., Strafhaft bei 1 M., Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett bei 10 Fr., Kopfverletzung bei 13 (11 M. 2 Fr.), Mißbrauch von Spirituosen bei 30 (27 M. 3 Fr.) vom Zugang von 1911 als Krankheitsursache angegeben. An Tuberkulose starben 1911 33 (14 M. 19 Fr.) bei 163 Todesfällen. Mehrfache Typhusepidemie, Ursache Bazillenträgerin, die isoliert gehalten wird. Gebaut wurden ein neues Lazarettgebäude für beide Geschlechter und mehrere Wohnungen für Angestellte· Gesamtausgabe 1 016 993,10 M. Die Kosten der Beköstigung für die dritte Klasse betrugen für 1911 61 Pf. pro Kopf und Tag.

D ö s e n (125): Anfangsbestand 1207 (656 M. 551 Fr.). Zugang 604 (431 M. 173 Fr.). Abgang 625 (459 M. 166 Fr.). Bleibt Bestand 1186 (628 M. 558 Fr.). Vom Zugang wurden direkt aufgenommen 100 (59 M. 41 Fr.), die übrigen kamen aus der psychiatrischen Klinik oder andern Krankenhäusern und Anstalten. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 271 (171 M. 100 Fr.), an paralyt. Seelenstörung 87 (62 M. 25 Fr.), Imbezillität, Idiotie 54 (38 M. 16 Fr.), Epilepsie 52 (40 M. 12 Fr.), Hysterie 19 (7 M. 12 Fr.), Alkoholismus 100 (96 M. 4 Fr.). Von den Kranken mit einfacher Seelenstörung litten an Hebephrenie 2[illegible] Dementia praecox simplex 33 (22 M. 11 Fr.), Katatonie 26 (11 M. 15 Fr.), Dementia paranoides 29 (16 M. 13 Fr.), periodischer Seelenstörung 45 (30 M. 15 Fr.), Paranoia 9 (2 M. 7 Fr.). Das Verhältnis der aufgenommenen paralytischen Männer und Frauen war 2,5 : 1. Heredität wurde nachgewiesen bei 258 (191 M. 67 Fr.) = 42,7% aller Aufgenommenen. Unter den an einfacher Seelenstörung Leidenden waren erblich belastet 44,6%, unter den Paralytikern 14,9%, unter den Imbezillen und Idioten 48,1%, von den Epileptikern 36,5%, von den Hysterischen 52,6%, von den Alkoholkranken 62,0%. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 101 (73 M. 28 Fr.), 3—6 Monate bei 27 (16 M. 11 Fr.), ½—1 Jahr bei 33 (27 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre bei 45 (33 M. 12 Fr.), über 2 Jahre bei 302 (262 M 40 Fr.). Entlassen geheilt 30 (26 M. 4 Fr.), gebessert 303 (242 M. 61 Fr.), ungeheilt 124 (76 M. 48 Fr.). Gestorben sind 168 (115 M. 53 Fr.) Es schieden also mit günstigem Erfolge aus der Anstalt 53,3%, völlig genesen waren 4,8%, gebessert 48,4%. An Lungentuberkulose starben 15 (10 M. 5 Fr.). In Familienpflege befanden sich bei Beginn des Berichtsjahres 65 (34 M. 31 Fr.), am Schlusse 83 (43 M. 40 Fr.).

B e r g m a n n s w o h l (113) nahm im Berichtsjahre 1220 Unfallnervenkranke auf. Die tägliche Belegzahl beträgt 53,14, auf jeden Kranken kamen durchschnittlich 15,9 Verpflegungstage. Von den 284 zur Behandlung zugewiesenen Fällen wurden 252 mit Erfolg behandelt. An dem Prinzip der Beschäftigungsbehandlung wird festgehalten.

R o d a (Martinshaus) (175): Anfangsbestand 85 (53 m. 32 w.). Zugang 15 (7 M. 8 w.). Abgang 16 (10 m. 6 w.). Bleibt Bestand 84 (50 m. 34 w.). Von den im Berichtsjahre verpflegten Idioten waren behaftet mit Epilepsie allein 16



(10 m. 6 w.), mit Chorea 7 (6 m. 1 w.), mit Lähmungen der Hirnnerven und Gliedmaßen 13 (4 m. 9 w.), mit Epilepsie und Lähmungen 1 m., mit Chorea und Lähmungen 3 (1 m. 2 w.). Von den 100 Idioten besuchten 72 (44 m. 28 w.) die Schule, davon mit Erfolg 55 (33 m. 22 w.). Bei den Eltern bzw. nächsten Verwandten der 100 verpflegten Idioten fanden sich Geistes- und Nervenkrankheiten bei 49 (33 m., 16 w.), Alkoholismus bei 18 (8 m. 10 w.), Syphilis bei 9 (7 m. 2 w.), Tuberkulose bei 9 (4 m. 5 w.). Gestorben 1 (w.) an Lungenentzündung.

Roda (Genesungshaus) (174): Anfangsbestand 442 (234 M. 208 Fr.). Zugang 150 (83 M. 67 Fr.). Abgang 159 (87 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand 433 (230 M. 203 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 92 (39 M. 53 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 26 (20 M. 6 Fr.), an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 14 (9 M. 5 Fr.), an Alkoholismus 8, Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 2 M., Hysterie 3 (1 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank waren 3 (2 M. 1 Fr.). Erbliche und familiäre Disposition wird bei 29 (20 M. 9 Fr.) als Krankheitsursache angegeben. Entlassen als geheilt 34 (15 M. 19 Fr.), gebessert 44 (23 M. 21 Fr.), ungeheilt 23 (16 M. 7 Fr.), gestorben sind 58 (33 M. 25 Fr.), davon an Bronchopneumonie 31 (20 M. 11 Fr.).

Sigmaringen (184): Anfangsbestand 161 (82 M. 79 Fr.). Zugang 42 (19 M. 23 Fr.). Abgang 47 (22 M. 25 Fr.). Bleibt Bestand 156 (79 M. 77 Fr.). Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 137 (62 M. 75 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 2 (1 M. 1 Fr.), Imbezillität und Idiotie 34 (20 M. 14 Fr.), an Epilepsie mit Geistesstörung 19 (13 M. 6 Fr.), Hysterie 5 (1 M. 4 Fr.), Alkoholismus 6 (4 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 14 (9 M. 5 Fr.), gebessert 6 (3 M. 3 Fr.), ungeheilt 8 (5 M. 3 Fr.), gestorben 19 (5 M. 14 Fr.).

Bayreuth (112)): Anfangsbestand 637 (358 M. 279 Fr.). Zugang 191 (107 M. 84 Fr.). Abgang 181 (103 M. 78 Fr.). Bleibt Bestand 647 (362 M. 285 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 135 (62 M. 73 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 M., an epileptischer 10 (8 M. 2 Fr.), an hysterischer Seelenstörung 3 (1 M. 2 Fr.), an Imbezillität 17 (12 M. 5 Fr.), an Alkoholismus 12 (11 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung bei 93 (49 M. 44 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 16 (15 M. 1 Fr.) = 8,6% der Aufnahmen. Auf Grund des § 81 Str.-Pr.-O. zur Beobachtung 8 M., davon 3 nicht geisteskrank. Entlassen als genesen 35 (16 M. 19 Fr.), gebessert 57 (35 M. 22 Fr.), ungebessert 33 (17 M. 16 Fr.)), gestorben 52 (31 M. 21 Fr.), davon an Tuberkulose 11 (7 M. 4 Fr.), an Suffokation 1 M. Gurte und feste Jacken bei einigen äußerst gewalttätigen und selbstmordsüchtigen Kranken.

Kutzenberg (151): Bestand am 1. Januar 1911: 302 (164 M. 138 Fr.). Zugang 108 (50 M. 58 Fr.). Abgang 98 (47 M. 51 Fr.). Bleibt Bestand 312 (167 M. 145 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 88 (35 M. 53 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 (5 M. 2 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie, mit Hysteroepilepsie 1 Fr., an Imbezillität und Idiotie 7 (5 M. 2 Fr.), an Delirium potatorum 5 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 6 (3 M. 3 Fr.). Entlassen als gebessert 81 (36 M. 45 Fr.), ungebessert 2 (1 M. 1 Fr.). Gestorben 15 (10 M. 5 Fr.), davon an Tuberkulose 1 M. In Familienpflege befanden sich am Schlusse



des Jahres 42 Kranke, die größtenteils beurlaubt waren und in der eigenen Familie verpflegt wurden, aber unter Aufsicht der Anstalt. Im Bau je eine geschlossene Abteilung für unruhige Männer und unruhige Frauen, sowie 2 Pflegerwohnhäuser. Ein Typhusfall in der Anstalt.

Eglfing (127): Anfangsbestand 1300 (654 M. 646 Fr.). Zugang 584 (331 M. 253 Fr.). Abgang 510 (300 M. 210 Fr.). Bleibt Bestand 1374 (685 M. 689 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 341 (142 M. 199 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 113 (79 M. 34 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysterie 26 (18 M. 8 Fr.), Imbezillität 24 (21 M. 3 Fr.), Delirium potat. 65 (58 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank waren 13 M. Zur Beobachtung gemäß § 81 Str.-P.-O. 31 (28 M. 3 Fr.). Gestorben 167 = 8,9% aller Verpflegten und 12,5% des Gesamtdurchschnittsbestandes, davon an Ruhr 2 Fr., Tuberkulose 17 (3 M. 14 Fr.), Selbstmord 1, Unglücksfall 1. Ruhr-Endemie. Starke Überbelegung der Anstalt. Der Bau der Anstalt Haar ist soweit fortgeschritten, daß die Eröffnung für Oktober des Berichtsjahres in Aussicht genommen wurde. — Gesamtausgabe 1 263 442,06 M.

Gabersee (135): Anfangsbestand 809 (413 M. 396 Fr.), Zugang 241 (115 M. 126 Fr.). Abgang 238 (118 M. 125 Fr.). Bleibt Bestand 812 (415 M. 397 Fr.). Von den zum ersten Male Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 154 (= 75,1%), an paralyt. Seelenstörung 22 (= 108,%), an Epilepsie mit Seelenstörung 7 (= 3,4%), Imbezillität 6 (= 2,9%), an Alkoholismus 16 (= 7,8%). Entlassen als genesen 47 (= 19,7%), gebessert 83 (= 34,9%), ungeheilt 29 (= 12,2%), gestorben sind 79 (= 33,2%), davon an progressiver Paralyse 13, an Lungenphthise 22, an Karzinom 4, Suizid 1. Mehrere Typhusfälle. 2 Pavillons für Pflegebedürftige mit Dauerbädern wurden bezogen. „Schutzjacke" bei 8 Frauen. Gesamtausgabe 624 032,78 M.

Kaufbeuren (145): Anfangsbestand 652 (325 M. 327 Fr.). Zugang 349 (211 M. 138 Fr.). Abgang 329 (196 M. 133 Fr.). Bleibt Bestand 672 (340 M. 332 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 241 (131 M. 110 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 27 (20 M. 7 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie 27 (12 M. 15 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 12 (9 M. 3 Fr.), Delirium potat. 32 (30 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank waren 10 (9 M. 1 Fr.). Auf Grund des § 81 Str.-Pr.-O. wurden 18 (17 M. 1 Fr.) aufgenommen, davon fielen 6 unter den § 51. Alkoholmißbrauch bei 44 der männlichen Aufnahmen. Entlassen genesen 55 (24 M. 31 Fr.) = 17,2%, gebessert 114 (57 M. 57 Fr.) = 35,7%, ungeheilt 104 (73 M. 31 Fr.) = 32,9%. Gestorben 46 (32 M. 14 Fr.) = 14%, davon an Lungentuberkulose 11 (8 M. 3 Fr.), Typhus 1 Fr., Suizid 1 Fr. Der Prozentsatz der an Tuberkulose Gestorbenen beträgt 24%. Auf der Frauenseite 1 tödlich verlaufender Typhusfall. Insgesamt 9 Typhusfälle, von denen 3 tödlich endeten. Die bakteriologische Untersuchung stellte 5 Typhusbazillenträger fest und außerdem mehrere Paratyphusbazillenträger. Gesamtausgabe 773 794 M.

In der Pflegeanstalt Irsee betrug der Anfangsbestand 270 (125 M. 145 Fr.). Zugang 23 (11 M. 12 Fr.). Abgang 26 (12 M. 14 Fr.). Bleibt Bestand 267 (124 M. 143 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 10 (4 M. 6 Fr.),

an paralytischer Seelenstörung 7 (1 M. 6 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 1 M., Imbezillität 1 M., Delirium potat. 2 M. Entlassen gebessert 4, in eine andere Anstalt 4, gestorben 18 (6 M. 12 Fr.), Lungentuberkulose war 1 mal Todesursache. Gesamtausgabe 222 998,76 M.

Der vierte Bericht (vom Jahre 1911) aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg (204) handelt über ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen, die in zwangloser Folge sich mit den verschiedensten Fragen auf diesem Gebiete beschäftigen.

Anfangsbestand in den 5 Staatsirrenanstalten Württembergs (202) (Schussenried, Weinsberg, Weißenau, Winnental und Zwiefalten): 2607. Zugang 643 (346 M. 297 Fr.). Abgang 626 (343 M. 283 Fr.). Bleibt Bestand 2624 (1371 M. 1253 Fr.). Auf die Gesamtzahl der Verpflegten berechnet beträgt der Bestand zu Beginn des Jahres 80,2%, der Zugang 19,8%, der Abgang 19,3%; 80,7% blieben am Schlusse des Jahres in Behandlung. Von den 950 Aufnahmegesuchen mußten 151 wegen Platzmangels abgelehnt werden. Von den 643 Aufnahmen waren 424 = 65,9% erste Aufnahmen. Vom Zugang litten an Idiotie und Imbezillität 20 = 3,1%, an degenerativen Psychosen 35 = 5,4%, an affektiven Psychosen 138 = 21,5%, an Dementia praecox 206 = 32,0%, an chronisch-paranoischen Erkrankungen 55 = 8,5%, Infektions- und Erschöpfungpsychosen 15 = 2,3%, traumatischen Geistesstörungen 5 = 0,8%, alkoholischen Geistesstörungen 26 = 4,0%, Dementia paralyt. und Lues cerebri 41 = 6,4%, arteriosklerotischen und senilen Psychosen 37 = 5,8%, Psychosen bei schweren organischen Hirnleiden 3 = 0,5%, Epilepsie mit Geistesstörung 27 = 4,2%, nicht geisteskrank waren 30 = 4,7%. Es ergibt sich wieder wie früher, daß die Männer hinsichtlich der Erkrankung vor dem 25. Lebensjahre mehr gefährdet sind als die Frauen. In dem Lebensalter zwischen 30 und 50 Jahren tritt ein Ausgleich ein. Nach dem 50. Lebensjahr überwiegen die Frauen in der Häufigkeit der Erkrankung. Zur Beobachtung wurden aufgenommen 45 (43 M. 2 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 32 (27 M. 5 Fr.). Vom Zugang 1910 waren mit erblicher Belastung 47,9%, ohne nachweisbare erbliche Belastung 52,1%. Davon hatten 98 Kranke (= 48,3% der erblich Belasteten und 23,1% der Aufnahmen) direkte Erblichkeit von seiten der Eltern, und zwar vorzugsweise vom Vater. Außerdem bestanden als andere ätiologische Momente Alkoholmißbrauch bei 10,4%, Lues bei 5,6%, Schwangerschaft, Geburt usw. bei 2,4%, Kopfverletzungen bei 2,4%, psychische Einflüsse bei 4.7%. Im ganzen kommt der Alkohol in 12% der Aufnahmen als ätiologisches Moment in Betracht. Entlassen 626 Kranke, davon als geheilt 53 = 8,9%, gebessert 304 = 51,2%, ungeheilt 11,8 = 19,9%; gestorben sind 105 = 17,7%. Die meisten Heilungen entfallen im Verhältnis der Entlassungen in den betreffenden Krankheitsformen auf Infektions- und Erschöpfungspsychosen mit 69,2%, affektive Psychosen mit 24,8%, Dementia praecox mit 3,8%. Die häufigsten Todesursachen waren Tuberkulose mit 18,1% der Todesfälle, Dementia paralytica mit 17,1%, Krankheiten der Kreislauforgane mit 18,1%. Eine Anzahl Neubauten wurde in Winnental in Benutzung genommen. Um dem dauernden Platzmangel abzuhelfen, wurde eine Anzahl von Kranken, die der Anstaltsbehandlung nicht mehr dringend bedurften, entlassen und teils in

Schwachsinnigenabteilungen der Landarmenanstalten, teils in den sonstigen Anstalten für Schwachsinnige, teils in Privatpflege untergebracht.

In den Privatirrenanstalten Württembergs befanden sich am Anfang des Jahres 1283 Kranke. Zugang 396. Abgang 378. Bleibt Bestand 1301 (574 M. 727 Fr.), darunter Staatspfleglinge 782. Vom Zugang litten an Idiotie und Imbezillität 15 = 3,8%, an degenerativen Psychosen 25 = 6,3%, an affektiven Psychosen 130 = 32,8%, Dementia praecox 120 = 30,3%, alkoholischen Geistesstörungen 15 = 3,8%, Dementia paralyt. und Lues cerebri 17 = 4,3%, arteriosklerot. und senilen Psychosen 29 = 7,3%, Epilepsie 14 = 3,6%. Heredität bei 49% der Aufgenommenen. Alkohol war bei 5%, Lues bei 4%, psychische Einflüsse bei 17% Krankheitsursache. Entlassen geheilt 12%, gebessert 41%, ungeheilt 15%. Gestorben 24%. Lungen- und Darmtuberkulose war in 23% der Todesfälle, Dementia paralyt. bei 11% Todesursache.

Stetten i. Remstal (187) verpflegte im Berichtsjahre 576 (349 m. 227 w.). Bestand am 1. Januar 1911 war 483, am 31. Dezember 497. Zugang 93 (54 m. 39 w.). Abgang 79 (50 m. 29 w.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei Schwachsinnigen und Epileptikern durchschnittlich 6—7 Jahre. In 46% des Zugangs wurde das Leiden als angeboren bezeichnet, ebenfalls in 46% erbliche Belastung. 62 Personen unter 16 Jahren (= 66% des Zugangs) wurden aufgenommen, davon waren 41 schwachsinnig und 31 epileptisch. Bei 30% der Verpflegten war mit Unreinlichkeit zu rechnen. Schwachsinnige wurden im ganzen 303 (202 m. 101 w.) verpflegt. Zugang 49. Als ursächliche Einflüsse wurden angegeben Trunksucht der Erzeuger, Hirnentzündung, Schädelverletzung, Störungen der Schwangerschaft der Mutter. Von 31 Entlassenen waren 15 gebessert, 8 ungebessert. Epileptische wurden 41 (21 m. 20 w.) aufgenommen, darunter 21 (11 m. 10 w.) unter 16 Jahren. Entstehungsursachen: erbliche Belastung in 13 Fällen, Kopfverletzung bei 8, Hirnentzündung bei 10. Bei dem Zugang finden sich in 42% der Schwachsinnigen und 29% der Epileptischen Angaben hinsichtlich der Vorgeschichte, welche die Annahme einer „spasmophilen Diathese" rechtfertigen. In 51% des Zugangs der Epileptischen fand sich erbliche Belastung. Abgegangen sind 47 (28 m. 19 w.) Epileptische, davon 1 wesentlich gebessert, 13 gebessert, 18 ungebessert, 15 durch Tod.

Mariaberg (161): Anfangsbestand 167 (124 m. 43 w.). Zugang 11 (10 m. 1 w.). Abgang 10 (9 m. 1 w.) Bleibt Bestand 168. Hiervon nehmen am Unterrichte teil 58, sind arbeitsfähige Erwachsene 58, sind bildungs- und arbeitsunfähige Zöglinge 52. Gestorben 1 Pflegling infolge Herzleidens.

Saargemünd (178): Bestand am 1. Januar 1911: 587 (282 M. 305 Fr.). Zugang 245 (109 M. 136 Fr.). Abgang 385 (182 M. 203 Fr.). Bleibt Bestand 447 (209 M. 238 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 152 (53 M. 99 Fr.), paralyt. Seelenstörung 50 (34 M. 16 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 7 (2 M. 5 Fr.), Idiotie und Imbezillität 16 (5 M. 11 Fr.), alkohol. Seelenstörung 13 (11 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank waren 6 (3 M. 3 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen — außer 5 zur Beobachtung aufgenommenen Männern — waren vom Zugang 26 (21 M. 5 Fr.). Heredität bei 85 (29 M. 56 Fr.),



lkoholmißbrauch war nachgewiesen bei 33 (26 M. 7 Fr.). Entlassen genesen 30, ebessert 104, ungeheilt 207. Gestorben 44, davon an Tuberkulose 8 (5 M. 3 Fr.), ementia paralyt. 10 (9 M. 1 Fr.). 2 der aufgenommenen Männer wurden als 'yphusbazillenträger erkannt und isoliert, die Zahl der weiblichen Bazillenträger t von 13 auf 7 zurückgegangen.

Stephansfeld (186): Anfangsbestand 925 (421 M. 504 Fr.). Zugang 34 (118 M. 116 Fr.). Abgang 234 (119 M. 115 Fr.). Bleibt Bestand 925 (420 M. 05 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 166 (74 M. 92 Fr.), paraytischer Seelenstörung 17 (10 M. 7 Fr.), sonstigen organischen Psychosen 6 4 M. 2 Fr.), Epilepsie und Hysterie 19 (13 M. 6 Fr.), Idiotie und Imbezillität 11 4 M. 7 Fr.), Alkoholpsychosen 10 (9 M. 1 Fr.), nicht geisteskrank waren 5 4 M. 1 Fr.). Heredität bei 38% der Aufgenommenen. Zur Beobachtung nach § 81 Str.-Pr.-O. 7 M., davon 3 nicht geisteskrank. Entlassen als genesen 43 (21 M. 2 Fr.), gebessert 69 (31 M. 39 Fr.), ungeheilt in die Familie 7 (2 M. 5 Fr.), in ndere Anstalten 38 (26 M. 12 Fr.). Die Genesenen machen 18,3%, die Genesenen nd Gebesserten 47,9% aller Aufnahmen aus. Die Behandlungsdauer der genesen nd gebessert Entlassenen betrug bis zu 1 Monat bei 18 (12 M. 6 Fr.), 1—3 Monate ei 29 (13 M. 16 Fr.), 4—6 Monate bei 23 (7 M. 16 Fr.), 7—12 Monate bei 13 7 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre bei 15 (7 M. 8 Fr.), 2—5 Jahre bei 8 (4 M. 4 Fr.), iber 5 Jahre bei 6 (2 M. 4 Fr.). Gestorben 70 (34 M. 36 Fr.) = 6% aller Verpflegten. Tuberkulose war 11 mal (3 M. 8 Fr.), organische Nervenleiden 23 mal 14 M. 9 Fr.) Todesursache. 1 Typhusbazillenträgerin bleibt isoliert. Gesamtusgabe 642 601,13 M.

In der Pflegeanstalt Hördt betrug der Anfangsbestand 357 (187 M. 170 Fr.). Zugang 87. Davon litten an einfacher Seelenstörung 62 (40 M. 22 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 8 (5 M. 3 Fr.), Imbezillität u. Idiotie 8 (7 M. 1 Fr.), Paralyse 2 M., alkoholischer Geistesstörung 7 (6 M. 1 Fr.). An Dementia praecox litten 43 (25 M. 18 Fr.), an manisch-depressivem Irresein 7 (6 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer 7 Monate bei 1 M., bei allen andern darüber. Vor der ersten Anstaltsaufnahme mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 8 (7 M. 1 Fr.). Gestorben 30 (19 M. 11 Fr.). Lungentuberkulose war bei 13 (8 M. 5 Fr.), Lungengangrän bei 3 M., Dysenterie bei 2 M., Erstickung bei 1 M. Todesursache. Es sind Vereinbarungen über Minimalbelegzahl der Anstalt und über ihre Abtrennung von Stephansfeld getroffen.

Rufach (177): Anfangsbestand 707 (320 M. 387 Fr.). Zugang 449 (246 M. 203 Fr.). Abgang 450 (239 M. 211 Fr.). Bleibt Bestand 706 (327 M. 379 Fr.). Vom Zugang litten an alkohol. Seelenstörung 72 (69 M. 3 Fr.), an Dement. paralyt. 27 (18 M. 9 Fr.), an arteriosklerot. Seelenstörung 17 (13 M. 4 Fr.), Dementia senilis 25 (13 M. 12 Fr.), Dementia praecox 94 (44 M. 50 Fr.), paranoider Demenz 47 (20 M. 27 Fr.), manisch-depress. Seelenstörung 62 (14 M. 48 Fr.), epileptischer Seelenstörung 16 (6 M. 10 Fr.), Imbezillität und Idiotie 20 (14 M. 6 Fr.). Heredität bei 58% (50% M. 66% Fr.) der Aufnahmen. Trunksucht bei 52% der Männer und 5% der Frauen. Zur Beobachtung 9 Personen. Entlassen 355 (193 M. 162 Fr.), davon genesen oder erheblich gebessert 228 (120 M. 108 Fr.). Gestorben



95 (49 M. 46 Fr.), davon an Herzschwäche 23 (12 M. 11 Fr.), Marasmus 23 (11 M. 12 Fr.), Lungentuberkulose 15 (2 M. 13 Fr.). Gesamtausgabe 553 755,06 M.

In den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten (165) befanden sich zu Anfang des Berichtsjahres 6446 Kranke. Zugang 3956. Abgang 3427. Bleibt Bestand 6975, darunter 5436 (2799 M. 2637 Fr.) Geisteskranke und 1539 (864 M. 675 Fr.) Kolonisten bezw. Geistessieche. Es bestand Ende 1909 in allen n.-ö. Irrenanstalten zusammen eine Überbelegung von 1562 Kranken. Vom Schlußbestande litten an angeborenem Blödsinn 306 (169 M. 137 Fr.), an angeborenem Schwachsinn 404 (243 M. 161 Fr.), an Melancholie 127 (22 M. 105 Fr.), Manie 27 (7 M. 20 Fr.), Amentia 157 (43 M. 114 Fr.), Paranoia 982 (428 M. 554 Fr.), an periodischer Geistesstörung 153 (59 M. 94 Fr.), an erworbenem Blödsinn (Dementia) 1831 (817 M. 1014 Fr.), Paralyse 553 (417 M. 136 Fr.), epileptischer Geistesstörung 453 (323 M. 220 Fr.), Alkoholismus 240 (205 M. 35 Fr.). Den größten Prozentsatz (33,70%) des Bestandes am 31. Dezember 1909 bilden die an erworbenem Blödsinn Erkrankten, dann folgen die an Paranoia Leidenden mit 18,08% und die Paralytiker mit 10,18%. Unter den zur gleichen Zeit in den Anstalten verpflegten Kolonisten bilden den größten Prozentsatz die an erworbenem Blödsinn Leidenden mit 22,03%, die Idioten mit 21,38%, die Epileptiker mit 13,19% und die an primärer Verrücktheit Leidenden mit 7,54%. Unter den neu aufgenommenen Geisteskranken stehen wiederum an der Spitze die an Dementia Leidenden mit 24,07%, dann folgen die Paralytiker mit 16,11%, die Alkoholiker mit 13,49%, die an primärer Verrücktheit Leidenden mit 8,83%, die an angeborenem Schwachsinn bzw. Epilepsie mit Seelenstörung Leidenden mit je 7,16%. Bei den aufgenommenen Geistessiechen und Kolonisten ist der Prozentsatz der Epileptiker mit 19,00%, der Imbezillen mit 17,39%, der Idioten mit 15,56% höher als bei der vorhergehenden Kategorie. Von den 3120 entlassenen Geisteskranken waren 733 geheilt.

Brünn (118): Anfangsbestand 687 (375 M. 312 Fr.). Zugang 559 (320 M. 239 Fr.). Abgang 493 (287 M. 206 Fr.). Bleibt Bestand 753 (408 M. 345 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie und Imbezillität 30 (25 M. 5 Fr.), an Melancholie 20 (2 M. 18 Fr.), an Manie 3 Fr., an Amentia 103 (44 M. 59 Fr.), an Paranoia 3 Fr., an Psychosis periodica 5 (2 M. 3 Fr.), an Dementia 190 (96 M. 94 Fr.), an Paralyse 61 (49 M. 12 Fr.), an epileptischer Geistesstörung 47 (32 M. 15 Fr.), an Hysterie 12 Fr., Neurasthenie 5 (2 M. 3 Fr.), an Alkoholismus 73 (66 M. 7 Fr.), zur Beobachtung 1 M. Entlassen geheilt 53 (24 M. 29 Fr.), gebessert 115 (76 M. 39 Fr.), ungeheilt 23 (15 M. 8 Fr.), in andere Anstalten 141 (79 M. 62 Fr.). Die Heilungsprozente auf die Totalsumme berechnet ergeben 4,25%, auf die Aufnahme 9,48%, auf den Abgang 10,75%. Gestorben 124 (73 M. 51 Fr.) = 10% zum Gesamtbestande, 22,36% zur Aufnahme, 25,35% zum Abgang. Atrophia cerebri fand sich bei 32 (22 M. 10 Fr.), Tuberkulose bei 20 (9 M. 11 Fr.), beides zusammen bei 5 (4 M. 1 Fr.) der Gestorbenen.

Kremsier (149): Anfangsbestand 1205 (687 M. 518 Fr.). Zugang 477 (274 M. 203 Fr.). Abgang 449 (263 M. 186 Fr.). Bleibt Bestand 1233 (698 M. 535 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen (Idiotie und Imbezillität)

7 (25 M. 12 Fr.), an Melancholie 16 (4 M. 12 Fr.), Manie 10 (6 M. 4 Fr.), mentia 71 (22 M. 49 Fr.), Paranoia 17 (8 M. 9 Fr.), Psychosis periodica 7 Fr., ementia 106 (55 M. 51 Fr.), Paralyse 43 (34 M. 9 Fr.), epileptischer Seelen-örung 43 (23 M. 20 Fr.), hysterischer Seelenstörung 14 (3 M. 11 Fr.), neurasthe-ischer Psychose 11 (7 M. 4 Fr.), Psychosis e cerebropathia circumscripta 8 (4 M. Fr.), Alkoholismus 89 (81 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank war 1 M. Heredität ei 325 (171 M. 154 Fr.). Andere ätiologische Ursachen: angeborene organische eranlagung bei 16 (14 M. 2 Fr.), Affekte bei 53 (7 M. 46 Fr.), Syphilis bei 37 28 M. 9 Fr.), seniler Marasmus bei 24 (18 M. 6 Fr.), Kopfverletzungen bei 22 13 M. 9 Fr.), Schwangerschaft und Wochenbett bei 9 Fr., Klimakterium bei 8 Fr., Alkoholmißbrauch bei 116 (102 M. 14 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme is zu 14 Tagen bei 123 (81 M. 42 Fr.), bis zu 1 Monat bei 29 (11 M. 18 Fr.), bis zu 2 Monaten bei 35 (17 M. 18 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 17 (5 M. 12 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 39 (21 M. 18 Fr.), bis zu 1 Jahre bei 58 (27 M. 31 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 23 (7 M. 16 Fr.), mehr als 2 Jahre bei 152 (104 M. 48 Fr.). Ent-lassen geheilt 105 (62 M. 43 Fr.). Von den geheilt Entlassenen sind 75 (46 M. 29 Fr.) bis zu 6 Monaten in der Anstalt behandelt. Gestorben 220 (133 M. 87 Fr.), davon an Tuberkulose 69 (39 M. 30 Fr.), Typhus 2 Fr., Atrophia cerebri 47 (38 M. 9 Fr.), Status epilepticus 13 (7 M. 6 Fr.). — Mehrfach Typhusfälle. Zwangsjacke in 5 chirurgischen Fällen, Schlußhandschuhe bei 22 (6 M. 16 Fr.). Durchschnittlich beschäftigt 37,4% der Männer und 31% der Frauen.

Feldhof (131): Anfangsbestand 1693 (821 M. 872 Fr.). Zugang 810 (422 M. 388 Fr.). Abgang 768 (390 M. 378 Fr.). Bleibt Bestand 1735 (853 M. 882 Fr.), davon in der Zentrale Feldhof 1376 (635 M. 741 Fr.), in der Filiale Kainbach 216 M., in Lankowitz 137 Fr., in Hartberg 6 (2 M. 4 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie 15 (3 M. 12 Fr.), an Imbezillität 48 (32 M. 16 Fr.), Melancholie 40 (10 M. 30 Fr.), Manie 24 (10 M. 14 Fr.), Amentia 86 (23 M. 63 Fr.), Paranoia 91 (43 M. 48 Fr.), Psychosis periodica 38 (14 M. 24 Fr.), Dementia 143 (89 M. 54 Fr.), Paralysis progr. 101 (75 M. 26 Fr.), an epileptischer Geistesstörung (35 M. 15 Fr.), hysterischer Geistesstörung 43 (2 M. 41 Fr.), an Alkoholismus 69 (58 M. 11 Fr.). Heredität bei 363 der neu aufgenommenen Kranken (199 M. 164 Fr.) = 47,15% der Männer und 42,26% der Frauen. Alkoholmißbrauch bei 119 (101 M. 18 Fr.), Lues bei 57 paralytischen Männern und 3 paralytischen Frauen. Entlassen geheilt 70 (30 M. 40 Fr.), in eine andere Anstalt überführt 85 (39 M. 46 Fr.), sonstiger Abgang 336 (169 M. 167 Fr.). Gestorben 277 (152 M. 125 Fr.), davon an Tuberkulose 74 (36 M. 38 Fr.), an Typhus 4 Fr. — Eine Typhusepidemie bei 13 kranken Frauen und 3 Wärterinnen. Es besteht in der Anstalt stellenweise eine Überbelegung von mehr als 100%.

Die Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg hatte einen Anfangsbestand von 204 (104 M. 100 Fr.). Zugang 27 (9 M. 18 Fr.). Abgang 27 (9 M. 18 Fr.). Gestorben 17, davon an Lungentuberkulose 5.

Hall (138) berichtet über die Zeit von 1905 bis 1911. Der Krankenbestand stieg von 149 im Jahre 1905 auf 592 (378 M. 214 Fr.) Ende 1911. Aufgenommen wurden 1905: 262 (166 M. 96 Fr.), 1911: 339 (194 M. 145 Fr.). Als Krankheits-



ursachen fanden sich bei einem Gesamtzugang von 2265 Heredität bei 407 (208 M. 199 Fr.), Affekte bei 342 (154 M. 188 Fr.), Syphilis bei 82 (61 M. 21 Fr.), Kopftrauma bei 58 (55 M. 3 Fr.), Mißbrauch geistiger Getränke bei 551 (466 M. 85 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 14 Tage bei 141, bis zu 1 Monat bei 189, bis zu 2 Monaten bei 119, bis zu 3 Monaten bei 133, bis 6 Monate bei 208, bis zu 1 Jahr bei 258, bis zu 2 Jahren bei 184, mehr als 2 Jahre bei 1092. Abgegangen im ganzen 2102 (1178 M. 924 Fr.), davon als geheilt oder gebessert 1147 (541 M. 606 Fr.). Gestorben 395 (225 M. 170 Fr.). Vom Abgang litten an angeborenem Blödsinn 24 (22 M. 2 Fr.), an Schwachsinn 388 (295 M. 93 Fr.), Melancholie 398 (91 M. 297 Fr.), Manie 169 (39 M. 130 Fr.), an period. Geistesstörung 542 (295 M. 247 Fr.), erworbenem Blödsinn 2740 (1719 M. 1021 Fr.), Alkoholismus 533 (438 M. 95 Fr.). An Tuberkulose starben 71 (45 M. 26 Fr.), an Suizid 1 Fr. — Die Anstalt ist bedeutend erweitert und modernisiert. Neu errichtet sind 2 Wachabteilungen für je 60 Kranke, ein offenes Landhaus für 30 Kranke, Koloniehaus für 20 Kranke, außerdem Wirtschafts-, Küchen-, Stallgebäude usw.

Burghölzli (121): Anfangsbestand 402 (199 M. 203 Fr.). Zugang 491 (272 M. 219 Fr.). Abgang 476 (269 M. 207 Fr.). Bleibt Bestand 417 (202 M. 215 Fr.). Von den frischen Aufnahmen litten an angeborenen Psychosen 16 (9 M. 7 Fr.), an konstitutionellen Psychosen 24 (10 M. 14 Fr.), an erworbenen idiopathischen Psychosen a) manisch-depressiven Formen 22 (6 M. 16 Fr.), b) Verblödungsformen 157 (66 M. 91 Fr.), c) andern Formen 1 M., an organischen Störungen 75 (49 M. 26 Fr.), an epileptischen Störungen 13 (7 M. 6 Fr.), Intoxikationspsychosen 81 (69 M. 12 Fr.), nicht geisteskrank waren 14 (13 M. 1 Fr.). Von den Entlassenen waren geheilt 18 (15 M. 3 Fr.), gebessert 199 (103 M. 96 Fr.), ungebessert 194 (104 M. 90 Fr.), geistig gesund 11 (10 M. 1 Fr.). Gestorben sind 54 (37 M. 17 Fr.), davon an Tuberkulose 3 (2 M. 1 Fr.). Anhäufung von unruhigen und unreinlichen Patienten, außerdem von verbrecherischen Elementen. Regelmäßig oder teilweise beschäftigt vom Schlußbestand 81% der Männer und 88% der Frauen.

Waldau (194): Anfangsbestand 669 (323 M. 346 Fr.). Zugang 152 (74 M. 78 Fr.). Abgang 143 (69 M. 74 Fr.). Bleibt Bestand 678 (328 M. 350 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 7 (3 M. 4 Fr.), an konstitutionellen 5 (1 M. 4 Fr.), an Melancholie 16 (4 M. 12 Fr.), Manie 4 (1 M 3 Fr.), manisch-depressivem Irresein 5 (1 M. 4 Fr.), Paranoia 4 (2 M. 2 Fr.), Verblödungsformen (Dement. praec., Dement. paran., Katatonie) 60 (26 M. 34 Fr.), Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), Epilepsie 4 (2 M. 2 Fr.), Delirium tremens und Alkohol. chron. 14 (13 M. 1 Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Zur gerichtlichen Begutachtung 7 Fälle. Von den zum ersten Male Aufgenommenen waren erblich belastet 83 (41 M. 42 Fr.) = 66,4%. Entlassen genesen 27 (14 M. 13 Fr.) = 18,87% der Entlassenen und 3,29% des Gesamtbestandes. Gestorben 38 (16 M. 22 Fr.) = 26,57% der Entlassungen und 4,63% des Gesamtbestandes. Es endigten durch Suizid durch Ertrinken und durch Erschießen je 1 M., an Typhus abdom. starben 2 (1 M. 1 Fr.), an Tuberkulose 8 (2 M. 6 Fr.). Der Bau einer psychiatrischen Klinik, Poliklinik, Ärztewohnung und zweier Pavillons für je 50 kranke

Männer und Frauen wurde beschlossen und begonnen. Großer Platzmangel. 7 Typhusfälle, von denen 2 tödlich verliefen.

Münsingen (194): Anfangsbestand 807 (389 M. 418 Fr.). Zugang 156 (96 M. 60 Fr.). Abgang 147 (92 M. 55 Fr.). Bleibt Bestand 816 (393 M. 423 Fr.). Heredität bei 44,3% der Aufgenommenen. Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 9 (7 M. 2 Fr.), an konstitutionellen 29 (13 M. 16 Fr.), an erworbenen einfachen Störungen 87 (53 M. 34 Fr.) — davon an Melancholie 8 (5 M. 3 Fr.), Katatonie 5 (4 M. 1 Fr.), Dementia praecox 29 (21 M. 8 Fr.), halluz. Paranoia 18 (8 M. 10 Fr.), Dementia paranoid. 11 (8 M. 3 Fr.), periodischen Störungen 5 (1 M. 4 Fr.) —, an organischen Störungen 12 (6 M. 6 Fr.), davon an Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), Epilepsie 4 (3 M. 1 Fr.), Delirium alcohol. 3 M. Zur gerichtlichen Begutachtung 19 (17 M. 2 Fr.). Entlassen als genesen oder wesentlich gebessert 72 (38 M. 34 Fr.) = 49% der Entlassenen oder 7,5% der Verpflegten. Gestorben 38 (23 M. 15 Fr.) = 25,8% der Entlassenen und 3,9% der Verpflegten. An Tuberkulose starben 14 (6 M. 8 Fr.), durch Ertrinken 1 M. Subkutane Einspritzungen von Natr. nucleinicum bei Dementia praecox-Kranken waren trotz eintretenden Fiebers und Leukozytose ohne Erfolg. Drückende Überfüllung, Aufnahmen nach der Aufnahmeliste.

Bellelay (194): Anfangsbestand 325 (134 M. 191 Fr.). Zugang 30 (15 M. 15 Fr.). Abgang 27 (16 M. 11 Fr.). Bleibt Bestand 328 (133 M. 195 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenem Schwachsinn 3 (2 M. 1 Fr.), angeborenem Blödsinn 6 (2 M. 4 Fr.), Kretinismus 1 Fr., an Katatonie 2 (1 M. 1 Fr.), Hebephrenie 4 (2 M. 2 Fr.), Dementia paranoides 4 (2 M. 2 Fr.), manisch-depressivem Irresein 1 Fr., an Paranoia 1 M., Paralyse 1 M. Zur gerichtlichen Begutachtung 3 M. Entlassen geheilt 2 (1 M. 1 Fr.), gebessert 1 M., ungebessert 5 (3 M. 2 Fr.). Gestorben 18 (11 M. 7 Fr.), davon an Tuberkulose 2 (1 M. 1 Fr.). 2 Typhusfälle.

Friedmatt (133): Anfangsbestand 285 (143 M. 142 Fr.). Zugang 173 (75 M. 98 Fr.). Abgang 179 (89 M. 90 Fr.). Bleibt Bestand 279 (129 M. 150 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotismus und Imbezillität 5 (2 M. 3 Fr.), an einfachen erworbenen Psychosen 72 (19 M. 53 Fr.), an konstitutionellen 22 (12 M. 10 Fr.), an epileptischen 10 (5 M. 5 Fr.), an hysterischen und neurasthenischen Formen 4 Fr., an organischen 7 (3 M. 4 Fr.), an paralytischen 9 (5 M. 4 Fr.), an senilen 13 (3 M. 10 Fr.), an alkoholischen Formen 29 (26 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank war 1 Fr. Heredität bei 87 (45 M. 42 Fr.) der ersten Aufnahmen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 36 (16 M. 20 Fr.), 2—3 Monate bei 7 (5 M. 2 Fr.), 4—6 Monate bei 5 (2 M. 3 Fr.), 7—12 Monate bei 8 (2 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre bei 8 (5 M. 3 Fr.), 3—5 Jahre bei 8 (4 M. 4 Fr.), über 5 Jahre bei 16 (6 M. 10 Fr.). Entlassen geheilt 19 (16 M. 3 Fr.), gebessert 57 (19 M. 38 Fr.), ungebessert 79 (43 M. 36 Fr.). Gestorben 22 (11 M. 11 Fr.).

Rosegg (176): Anfangsbestand 338 (185 M. 153 Fr.). Zugang 25 (14 M. 11 Fr.). Abgang 45 (24 M. 21 Fr.). Bleibt Bestand 318 (175 M. 143 Fr.). Vom Zugang litten an angeborener Geistesstörung 1 M., an konstitutioneller 2 (1 M. 1 Fr.), an erworbener einfacher 13 (7 M. 6 Fr.), an epileptischer 2 Fr., an organi-



scher 1 M., an seniler 3 (2 M. 1 Fr.), an alkoholischer Geistesstörung 1 M., nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Heredität bei 13 der 22 zum ersten Male aufgenommenen Kranken. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 4 Wochen bei 5 (4 M. 1 Fr.), 2—3 Monate bei 4 (3 M. 1 Fr.), 4—6 Monate bei 1 M., 7—12 Monate bei 1 Fr., 1—2 Jahre bei 2 (1 M. 1 Fr.), 3—5 Jahre bei 1 M., über 5 Jahre bei 6 (2 M. 4 Fr.). Entlassen geheilt 5 (3 M. 2 Fr.), gebessert 10 (5 M. 5 Fr.), ungeheilt 5 (2 M. 3 Fr.). Gestorben 23 (13 M. 10 Fr.). Todesursache: Tuberkulose bei 3 (1 M. 2 Fr.), Karzinoma bei 5 (3 M. 2 Fr.).

Sonnenhalde (185): Anfangsbestand 34. Zugang 109. Abgang 110. Bleibt Bestand 33. Summe der Pflegetage 12 487. Vom Abgang waren nicht gemütskrank 8, es litten an manisch-depressiven Formen 51, an Dementia praecox 31, an akuter Verwirrtheit, genuiner Paranoia und Zwangsideen je 1, an organischen Formen 5, Intoxikationspsychosen 3. Vollständig geheilt wurden 9, in hohem Grade gebessert 10, gebessert 49, ungebessert 30, gestorben 3.

Wil (200): Anfangsbestand 741 (353 M. 388 Fr.). Zugang 439 (236 M. 203 Fr.). Abgang 349 (174 M. 175 Fr.). Bleibt Bestand 831 (415 M. 416 Fr.). Vom Zugang litten an Geisteskrankheiten 365 (198 M. 167 Fr.), davon an angeborenen Störungen 24 (11 M. 13 Fr.), an konstitutionellen 19 (16 M. 3 Fr.), an einfach erworbenen 184 (85 M. 99 Fr.), an erworbenen Störungen der paralytischen, senilen und organischen Gruppe 75 (38 M. 37 Fr.), an erworbenen Störungen auf Grundlage der Epilepsie 19 (10 M. 9 Fr.), an Intoxikationspsychosen 44 (38 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank war 1, körperlich krank und altersschwach 73 (37 M. 36 Fr.). Heredität bei 58% der Männer und 62% der Frauen. Übermäßiger Alkoholgenuß war bei 52 (47 M. 5 Fr.), Lues bei 7 M., Trauma capitis bei 8 M., Unfall bei 4 (3 M. 1 Fr.), Gefängnishaft bei 3 M., Puerperium bei 3 Fr., Erdbeben bei 2 (1 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 47 (32 M. 15 Fr.), 1—6 Monate bei 43 (28 M. 15 Fr.), 6—12 Monate bei 13 (9 M. 4 Fr.), 1—3 Jahre bei 82 (36 M. 46 Fr.), bei allen übrigen darüber. Entlassen geheilt 42 (23 M. 19 Fr.), gebessert 123 (62 M. 61 Fr.), ungebessert 48 (27 M. 21 Fr.). Gestorben 136 (62 M. 74 Fr.), darunter Geisteskranke 86 (41 M. 45 Fr.) = 9% des Gesamtbestandes der Geisteskranken, von denen 55 auf die Gruppe der paralytischen, senilen und organischen Psychosen entfallen. Allgemeine Tuberkulose war 18 mal (9 M. 9 Fr.) Todesursache. Bei den Männern regelmäßig beschäftigt 83% des Bestandes, durchschnittlich zu Bett 7,6%, im Dauerbad 1,3%, isoliert 1,3%. Bei den Frauen regelmäßig beschäftigt 67%, zu Bett 9%, im Dauerbad 3%, isoliert 1,7%.

Münsterlingen (162): Anfangsbestand 411 (170 M. 241 Fr.). Zugang 115 (45 M. 70 Fr.). Abgang 124 (41 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 402 (174 M. 228 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 11 (1 M. 10 Fr.), an konstitutionellen Psychosen 6 (4 M. 2 Fr.), an erworbenen Psychosen 68 (24 M. 44 Fr.), davon an manisch-depressivem Irresein 13 (4 M. 9 Fr.), an Dementia praecox 46 (17 M. 29 Fr.), an Amentia 1 Fr., Melancholie des Involutionsalters 2 Fr., an organischen Psychosen 12 (5 M. 7 Fr.), davon an Paralyse 3 (2 M. 1 Fr.), an Melancholia senilis und Dementia senilis 9 (3 M. 6 Fr.), an epileptischen Psy-



chosen 3 (1 M. 2 Fr.), an Intoxikationspsychosen 15 (10 M. 5 Fr.). Nicht geisteskrank waren 4 (2 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 10 (2 M. 8 Fr.), gebessert 44 (11 M. 33 Fr.), ungebessert 28 (15 M. 13 Fr.). Von den 10 geheilt Entlassenen waren 9 nur bis zu 3 Monaten vor ihrer Aufnahme in die Anstalt krank gewesen. Gestorben 38 (11 M. 27 Fr.), davon 7 an Tuberkulose. Von mechanischen Zwangsmitteln kamen zur Anwendung Lederhandschuhe und Deckelbad. Gesamtausgabe 344 059,78 Fr. Die Verpflegungskosten pro Tag und Pflegling betrugen 2,36 Fr.

St. Pirminsberg (188): Anfangsbestand 254 (126 M. 128 Fr.). Zugang 95 (47 M. 48 Fr.). Abgang 94 (55 M. 39 Fr.). Bleibt Bestand 255 (118 M. 137 Fr.). Vom Zugang waren sog. frische Aufnahmen 84. Es litten an angeborenen Psychosen 3 (1 M. 2 Fr.), an konstitutionellen Psychosen 4 (2 M. 2 Fr.), erworbenen einfachen Psychosen 74 (35 M. 39 Fr.) — davon an manisch-depressivem Irresein 20 (5 M. 15 Fr.), an Melancholie 6 (4 M. 2 Fr.), Paranoia 4 (3 M. 1 Fr.), Dementia praecox 37 (19 M. 18 Fr.) —, an epileptischen Psychosen 2 (1 M. 1 Fr.), organischen Psychosen 9 (5 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 3 M., nicht geisteskrank war 1 Fr. Der Bestand an kriminellen Kranken hat einen unerfreulichen Zuwachs erfahren. Heredität bei 49 = 70% der erstmals Aufgenommenen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den frischen Aufnahmen bis 1 Monat bei 33 (22 M. 11 Fr.), 1—3 Monate bei 22 (12 M. 10 Fr.), 3—6 Monate bei 8 (1 M. 7 Fr.), 6—12 Monate bei 4 (2 M. 2 Fr.), 1—2 Jahre bei 3 (2 M. 1 Fr.), 2—5 Jahre bei 4 Fr., über 5 Jahre bei 9 (2 M. 7 Fr.). Entlassen genesen 31 (18 M. 13 Fr.), gebessert 32 (14 M. 18 Fr.), ungebessert 14 (11 M. 3 Fr.). Gestorben sind 16 (12 M. 4 Fr.). Der größte Teil der als genesen Gebesserten hatte an manisch-depressivem Irresein gelitten. Das Verhältnis der Genesenen zum Gesamtabgang beträgt 32%. Bei der Mehrzahl der Genesenen betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat. An Lungentuberkulose sind 4 (2 M. 2 Fr.), an Karzinom 3 (2 M. 1 Fr.) gestorben.

Königsfelden (146): Anfangsbestand 817 (365 M. 452 Fr.). Zugang 285 (135 M. 150 Fr.). Abgang 274 (136 M. 138 Fr.). Bleibt Bestand 828 (364 M. 464 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen geistigen Schwächezuständen 11 (7 M. 4 Fr.), konstitutionellen und originären Formen 20 (8 M. 12 Fr.), einfachen erworbenen Störungen 177 (73 M. 104 Fr.), organischen Störungen 32 (17 M. 15 Fr.), epileptischen Störungen 9 (1 M. 8 Fr.), Intoxikationspsychosen 34 (28 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). An Dementia praecox litten 151 (64 M. 87 Fr.), an Dementia paralyt. 7 (6 M. 1 Fr.), Delirium tremens 7 M., Alkoholismus chron. 15 (13 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung 7. Im ganzen Kanton kommt 1 Geisteskranker auf 208 Einwohner, im Bezirk Brugg 1 Kranker auf 141 Einwohner, im Bezirk Baden 1 Kranker auf 387 Einwohner. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 29% des Zugangs 1—3 Monate, bei 6% 4—6 Monate, bei 7% 7—12 Monate, bei 11% 1—3 Jahre, bei 7% 3—5 Jahre und bei 36% über 5 Jahre. Bei den Männern kommt bei 30% der Aufgenommenen dem Alkohol eine wichtige Rolle zu. Heredität bei 67%, in 21 % von Vaterseite, in 17% von Mutterseite, in 14% von beiden Eltern her. Entlassen geheilt 51 = 18.4% des Zugangs, gebessert 116 = 40.7% des Zugangs, unverändert 33 = 11,6%. Gestorben sind 74 = 25,9% der



Aufgenommenen und 27% der Entlassenen. Die Genesung erfolgte bei 62% schon in den ersten Monaten des Anstaltsaufenthaltes. Es starben an Tuberkulose 14 (4 M. 10 Fr.), an Variola 1 Fr., Suizid 1 M. — Pockenepidemie, der eine Frau erlag. Mehrere Typhusfälle.

Waldhaus (195): Anfangsbestand 320 (170 M. 150 Fr.). Zugang 103. Abgang 110. Bleibt Bestand 313 (164 M. 149 Fr.). Von den 74 frischen Aufnahmen (36 M. 38 Fr.) litten an angeborenen Psychosen 2 M., an Melancholie 7 (1 M. 6 Fr.), an manisch-depressivem Irresein 6 (3 M. 3 Fr.), Katatonie 5 (3 M. 2 Fr.), Hebephrenie 11 (6 M. 11 Fr.), Dementia paranoides 15 (7 M. 8 Fr.), hysterischen Psychosen 4 Fr., Paralyse 4 (3 M. 1 Fr.), Dementia senilis 6 (1 M. 5 Fr.), chronischem Alkoholismus 7 (6 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung 7. Entlassen geheilt 16 (9 M. 7 Fr.), gebessert 36 (23 M. 13 Fr.), ungebessert 29 (15 M. 14 Fr.). Gestorben sind 20. Der Verhältnis der Genesenen zum Abgang beträgt 16%, zur Summe der Verpflegten 3,9%. Die Zahl der Verstorbenen beträgt 19,7% der Entlassungen, 20,5% der Aufnahmen, 4,9% des Gesamtbestandes. Todesursache: Tuberkulose bei 4 M., Karzinom bei 4 (2 M. 2 Fr.).

St. Urban (189): Bestand am 1. Januar 1910: 525 (256 M. 269 Fr.). Zugang 161 (93 M. 68 Fr.). Abgang 151 (108 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand Ausgang 1910: 535 (241 M. 294 Fr.). Vom Zugang 1910 litten an angeborenen Störungen 5 (2 M. 3 Fr.), an konstitutionellen 4 (1 M. 3 Fr.), an erworbenen einfachen Psychosen 112 (54 M. 58 Fr.), an paralyt., senilen, organischen 10 (9 M. 1 Fr.), an epileptischen 3 (2 M. 1 Fr.), an Intoxikationspsychosen 26 (24 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank war 1 M. Heredität bei 111 (55 M. 56 Fr.), Alkoholismus war bei 46 (42 M. 4 Fr.), Haft bei 1 M., Wochenbett bei 1 Fr., gemütliche Emotion bei 19 (12 M. 7 Fr.) Krankheitsursache. Entlassen im Jahre 1910 geheilt 36 (27 M. 9 Fr.), gebessert 61 (41 M. 20 Fr.), ungeheilt 26 (21 M. 5 Fr.). Gestorben 27 (18 M. 9 Fr.), davon an Tuberkulose 4 (2 M. 2 Fr.), Paralyse 2.

Bestand am 1. Januar 1911: 535 (241 M. 294 Fr.). Zugang 189 (102 M. 87 Fr.). Abgang 169 (98 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 555 (245 M. 310 Fr.). Vom Zugang 1911 litten an angeborenen Störungen 9 (4 M. 5 Fr.), an konstitutionellen 3 (1 M. 2 Fr.), an erworbenen einfachen Psychosen 116 (49 M. 67 Fr.), an paralyt., senilen, organ. Psychosen 25 (17 M. 8 Fr.), an epileptischen 10 (8 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 26 (23 M. 3 Fr.). Heredität bei 144 (57 M. 87 Fr.). Alkoholismus war bei 36 (32 M. 4 Fr.), Absinthgenuß bei 1 M., gemütliche Emotion bei 23 (6 M. 17 Fr.), Klimakterium und Abortus bei 3 Fr., körperliches Trauma bei 2 M., körperliche Erkrankung bei 8 M. Krankheitsursache. Entlassen geheilt 34 (24 M. 10 Fr.), gebessert 80 (48 M. 32 Fr.), ungeheilt 19 (8 M. 11 Fr.). Gestorben 36 (18 M. 18 Fr.), davon an Typhus abdominalis 1 Fr., Tuberkulose 7 (3 M. 4 Fr.), Paralyse 1 M., Karzinom 4 Fr.

Ellikon (130): Anfangsbestand 35. Zugang 58. Abgang 55. Bleibt Bestand 38 Pfleglinge. Chronischer Alkoholismus bestand bei 12, mit Delirium tremens bei 3, mit Charakterschwäche bei 10, mit Psychopathie bei 3, Debilität 10, Imbezillität 4, moralischen Defekten 4, Paralyse 2, Korsakow 1, einfache Trunksucht bei 4, mit großer Nervosität bei 2. 34 haben die Kur vorschriftsmäßig be-



standen. Hiervon sind abstinent geblieben 26 = 76,5%, rückfällig 3 = 14,7%, fraglich 8 = 8,8%. Durchschnittlich bleiben 30—35% der Abstinenz dauernd treu. Eine 6 monatige Kurzeit ist zu kurz.

Préfargier (170): Anfangsbestand 143 (64 M. 79 Fr.). Zugang 129 (61 M. 68 Fr.). Abgang 112 (54 M. 58 Fr.). Bleibt Bestand 160 (71 M. 89 Fr.). Vom Zugang litten an Schwachsinn 2 (1 M. 1 Fr.), an konstitutionellen Psychosen 4 Fr., an Melancholie 20 (5 M. 15 Fr.), Manie 9 (3 M. 6 Fr.), Dementia praecox (Hebephrenie u. Katatonie) 16 (6 M. 10 Fr.), Dementia paranoides 18 (12 M. 6 Fr.), an organischen Psychosen 29 (18 M. 11 Fr.), davon Paralyse 7 M., an Alkoholismus 9 (8 M. 1 Fr.). Nicht geisteskrank war 1 Fr. Heredität bei 59 (23 M. 36 Fr.). Andere Krankheitsursachen: moralische Ursachen bei 8 (3 M. 5 Fr.), körperliche bei 53 (32 M. 21 Fr.). Entlassen geheilt oder sehr gebessert 46 (23 M. 23 Fr.), gebessert 26 (9 M. 17 Fr.), ohne Änderung 29 (17 M. 12 Fr.). Gestorben 11 (6 M. 5 Fr.).

Cery (122): Bestand am 31. Dezember 1910: 513 (245 M. 268 Fr.), aufgenommen wurden 339 (181 M. 158 Fr.), entlassen 339 (178 M. 161 Fr.), Bestand am 31. Dezember 1911: 513 (248 M. 265 Fr.), Gesamtzahl der Verpflegten 852 (426 M. 426 Fr.). Von den Entlassenen waren geheilt 62 (30 M. 32 Fr.), gebessert 108 (58 M. 50 Fr.), ungeheilt 103 (49 M. 54 Fr.), worunter 5 M. und 3 Fr. nicht geisteskrank, es starben 66 (41 M. 25 Fr.). Unter den 237 zum ersten Mal aufgenommenen Kranken wurde in 145 Fällen Erblichkeit nachgewiesen.

(*Ganter.*)

Scotland (183):

Zahl der Geisteskranken am 1. Januar 1912:

Ort der Anstalt:	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.
				Privatkranke			Arme Kranke		
in königl. Anstalten .	1719	1994	3713	871	1063	1934	848	931	1779
in Distriktsanstalten	5396	5141	10 537	135	185	320	5261	4956	10 217
in Privatanstalten ..	34	51	85	34	51	85	—	—	—
in Gemeindeanstalten	113	93	206	—	—	—	113	93	206
in Armenhäusern ..	439	422	861	—	—	—	439	422	861
in Privatwohnungen .	1305	1712	3017	37	79	116	1268	1633	2901
Summe	9006	9413	18 419	1077	1378	2455	7929	8035	15 964
In der Verbr.-Irrenanstalt zu Perth ..	47	8	55	—	—	—	—	—	—
in den Anstalten für Schwachsinnige ...	348	212	560	80	73	153	268	139	407
Summe	9401	9633	19 034	1157	1451	2608	8197	8174	16 371

Im Jahre 1911 wurden aufgenommen 3561 (1790 M. 1771 Fr.), davon waren Privatkranke 538 (262 M. 276 Fr.), arme Kranke 3023 (1528 M. 1495 Fr.). Die Aufnahmen waren um 249 Fälle höher als im Vorjahre, 74,8 auf 100 000 Einwohner. 339 Kranke wurden in andere Anstalten versetzt. 119 Kranke traten freiwillig ein.



Entlassen wurden 3224 (496 Privatkranke und 2728 arme Kranke), und zwar geheilt 1371 (210 u. 1161), ungeheilt 528 (140 u. 388), gestorben 1325 (146 u. 1179).

	Verhältnis der Geheilten zu den Aufnahmen in %			Verhältnis der Todesfälle zur Zahl der Verpflegten in %		
	M.	F.	S.	M.	F.	S.
in den kgl. und Distriktsanstalten	34,2	37,6	35,9	9,4	8,5	9,0
in den Privatanstalten	—	66,7	44,4	8,6	1,9	4,6
in den Gemeindeanstalten	54,8	26,6	41,5	11,5	13,2	12,3
in den Armenhäusern	7,7	1,9	4,8	3,1	4,6	3,8

152 Kranke wurden beurlaubt, wovon 23 wieder zurückgebracht wurden, 2 starben.

163 Kranke entwichen, wovon 32 nicht mehr zurückgebracht wurden. Von diesen konnten 24 geheilt oder gebessert, 6 als ungeheilt betrachtet werden, 2 starben.

Es ereigneten sich 125 Unglücksfälle, wovon 7 tödlich endigten. Darunter 3 Selbstmorde: 2 durch Ertränken, einer durch Überfahrenlassen von der Eisenbahn. Ein Kranker versuchte sich die Kehle durchzuschneiden. Was die andern 4 Unfälle betrifft, starben 2 Kranke an den Folgen von Knochenbrüchen, einer erstickte beim epil. Anfall, einem Kranken blieb ein Knopf in der Kehle stecken, er starb 5 Tage nach vergeblichen Extraktionsversuchen. Sonst kamen noch 53 Frakturen und Luxationen und 42 Kopfverletzungen vor.

Die Verpflegung der armen Kranken kostete 415 694 £., durchschnittlich für den einzelnen Kranken im Tag 1 s. 5¼ d.

Der Abgang des Pflegepersonals betrug 1216, wovon 977 freiwillig gingen. 53 gaben den Dienst wegen Krankheit auf, 10 starben, 51 wurden wegen Unfähigkeit, 75 wegen schlechter Aufführung entlassen, 13 waren entbehrlich. *(Ganter.)*

P e n n s y l v a n i a (169): Bestand im Beginn des Jahres 1068 Kinder (609 Kn. 459 M.), aufgenommen wurden 65 (42 Kn. 23 M.), entlassen 38 (25 Kn. 13 M.), gestorben sind 24 (17 Kn. 7 M.), Bestand am Ende 1071 (609 Kn. 462 M.). Von den Entlassenen waren 16 (12 Kn. 4 M.) nicht gebessert. Unter den Schwachsinnigen befanden sich 248 Epileptiker (144 Kn. 104 M.). 41 (27 Kn. 14 M.) litten an Tuberkulose. *(Ganter.)*

S a n t i a g o (Chile) (180): Bestand am 31. Dezember 1909: 1671 (763 M. 908 Fr.), aufgenommen 922 (457 M. 465 Fr.), Gesamtzahl der Verpflegten 2593, entlassen 854 (425 M. 429 Fr.), Bestand am 31. Dezember 1910: 1739 (795 M. 944 Fr.). Unter den Aufnahmen war bei 46,3% der Männer und 6,4% der Frauen der Alkohol die Ursache der Geisteskrankheit. 34% der Aufnahmen waren Analphabeten. Die meisten Aufnahmen fanden im November statt. 8 Fälle wurden zur Begutachtung eingeliefert. Geheilt wurden entlassen 273 (137 M. 136 Fr.), gebessert 60 (21 M. 39 Fr.), ungeheilt 232 (111 M. 121 Fr.), es starben 248 (123 M. 125 Fr.) = 9,6% der Verpflegten. Es waren entwichen 36 (30 M. 6 Fr.). Nicht



geisteskrank waren 5 (3 M. 2 Fr.). Die Heilungen betrugen 36% der Aufnahmen, bei Abzug des Delirium tremens 23%. (*Ganter.*)

An baren Geldunterstützungen verausgabte der Brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke (115) im Jahre 1911 4699,50 M. Kurzer Abriß der Entwicklung der Familienpflege, besonders der Eberswalder, Satzungen, Mitgliederverzeichnis.

Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz (172) gab im Jahre 1911 22 886,55 M. an Unterstützungen für arme Kranke und deren Angehörige aus. Kurze Übersicht über die Entwicklung des Provinizal-Irrenwesens in der Rheinprovinz, Satzungen, Mitgliederverzeichnis.

Der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen (142) unterstützte 1911/12 1253 Pfleglinge und verausgabte dafür 36 871 M.

Vom Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg (203) sind im Jahre 1911 an 193 Personen 295 mal Unterstützungen bewilligt worden. Die darauf verwandten Mittel haben die Summe von 13 302,21 M. erreicht, davon an Familienpfleglinge 2618 M. Satzungen, Mitgliederverzeichnis.

Der Aargauische Hilfsverein für arme Geisteskranke (108) gab in den Jahren 1909 und 1910 zusammen 9517 Fr. an Unterstützungen aus.

Der Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern (160) gab im Jahre 1911 16 159 Fr. für Unterstützungen aus. Jahresrechnung. Mitgliederverzeichnis. Dr. *Neidhart*-St. Urban über „Die Wasserbehandlung" im Dienste der Irrenheilkunde.



Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Autorenregister.







2. Sachregister.











































ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

II. LITERATURHEFT ZU BAND LXX

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1912

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT
LÜNEBURG

HEFT II

AUSGEGEBEN AM 22. DEZEMBER 1913



BERLIN

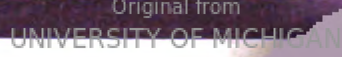
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1913.

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verlag von Georg Reimer Berlin W 10

